COUNTWAY LIBRARY
HC 4NCB -

26. C. 179.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

LES

MALADIES DE L'ENFANCE

DESCRIPTION ET TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE

OUVRAGES DU Dr MARC JOUSSET

CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES

Essai sur les hématocèles utérines intra-péritonéales, in-8°, 176 p. 1883.

Traitement de la diphthérie, in-8°, 43 p.

Articles : Antimoniaux, Phosphore et Plumbum, dans le Traité élémentaire de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive, par P. Jousset, avec la collaboration de MM. Bon, Claude, Gabalda, Guérin-Méneville, Marc Jousset, H. Piedvache et J.-P. Tessier. 1884, 2 vol. in-8°.

PRINCIPAUX OUVRAGES DU Dr JOUSSET PÈRE.

Éléments de médecine pratique contenant le traitement homœopathique de chaque maladie. Deuxième édition, 1877, 2 vol. in-8°.

Leçons de clinique médicale, 1877, gr. in-8°.

Nouvelles leçons de clinique médicale (1877 à 1885). Paris, 1886, in-8°.

549

LES

MALADIES DE L'ENFANCE

DESCRIPTION

ET

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE

PAR

LE Dr MARC JOUSSET

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital de l'Enfant-Jésus
Médecin de l'hôpital St-Jacques
Membre de la Société médicale homœopathique de France

BOSTON MEDICAL LIBRARY
JUL 19 1911
SURGEON GEN'L'S OFFICE LIBRARY
12156

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

RUE HAUTEFEUILLE, 19, PRÈS LE BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1888

Tous droits réservés.

(42)
26.C.179

PREFACE

Nous avons voulu décrire dans un résumé clair et concis les principaux symptômes des maladies de l'enfance, permettant ainsi de les reconnaître facilement. La partie thérapeutique qui accompagne chaque description de maladie a été traitée plus amplement. Partisan résolu de la réforme thérapeutique de Hahnemann, nous avons donné les indications des principaux médicaments homœopathiques qui peuvent être prescrits chez les enfants, sans oublier toutefois, dans un exclusivisme étroit, les moyens utiles qui proviennent de l'empirisme et de la pratique de l'école officielle, ni ceux qui découlent des médications collatérales, hydrothérapie, eaux minérales, électricité, etc. Certaines opérations, comme la trachéotomie, l'ouverture des adénites suppurées du cou, etc., qui sont autant du domaine de la médecine que de la chirurgie, sont décrites avec soin.

Avant d'aborder l'étude proprement dite des maladies de l'enfance, nous avons consacré un chapitre à l'examen des nouveau-nés, à l'hygiène et à la thérapeutique de l'enfance.

Les livres classiques des maladies des enfants de Rilliet et Barthez, de Bouchut, de West, de de Saint-Germain, de d'Espine et Picot ont été mis à contribution dans nos descriptions, ainsi qu'un grand nombre de thèses et de mémoires. Nous avons aussi largement puisé dans les ouvrages du docteur P. Jousset et principalement dans les *Eléments de médecine pratique*, et pour les symptômes des maladies et pour la partie thérapeutique.

1er *février* 1888.

Dr Marc Jousset.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE V

TABLE DES MATIÈRES VII

Prolégomènes 1
Examen des enfants, 1; Hygiène de l'enfance, 5; Thérapeutique 8

PREMIÈRE PARTIE. — **Maladies générales.**

CHAPITRE Ier. — MALADIES CONSTITUTIONNELLES.

Goutte 12
Rhumatisme articulaire 13
Complications 14
Hémorrhoïdes 15
Scrofule 16
Forme commune, 16; Forme bénigne, 18; Forme maligne, 18; Forme fixe primitive. 18

CHAPITRE II. — CACHEXIES.

Diabète 23
Albuminurie 26
Néphrite parenchymateuse, 27; Forme commune, 27; Forme chronique, 29; Forme maligne 29

Rachitisme.. 31
Purpura..... 38
Goitre et crétinisme..... 42

CHAPITRE III. — Des Fièvres.

A). — *Fièvres éruptives.*

Rougeole..... 43
Forme commune, 44; Variété broncho-pneumonique, 45; Forme bénigne, 46; Forme maligne, 46; Forme anomale, 47; Complications..... 47
Roséole..... 51
Scarlatine..... 52
Forme commune, 53; Forme bénigne, 54; Forme angineuse, 55; Forme maligne, 55; Forme anomale, 56; Complications..... 57
Variole..... 64
Forme commune, 65; Forme bénigne, 67; Forme maligne, 67; Forme anormale, 69; Complications..... 69
Vaccine..... 73
Varicelle..... 76
Fièvre ortiée..... 77
Erythème noueux..... 79

B). — *Fièvres continues.*

Fièvre éphémère..... 81
Fièvre synoque..... 82
Fièvre typhoïde..... 84
Forme bénigne ou rémittente, 85; Forme commune, 87; Complications..... 90

C). — *Fièvres intermittentes.*

Forme commune, 97; Forme cachectique d'emblée, 97; Forme pernicieuse..... 98

CHAPITRE IV. — MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

Érysipèle 101
Diphthérie 104
Forme commune, 105; Forme bénigne, 108; Forme putride, 109; Forme ataxique, 111; Complications 112
Trachéotomie 123
Dysenterie 138
Forme commune, 138; Forme bénigne 139
Oreillons 140
Coqueluche 142
Forme commune, 143; Forme bénigne, 145; Complications 145

CHAPITRE V. — NÉVROSES.

Épilepsie 150
Éclampsie 152
Forme commune, 153; Forme apyrétique, 155; Convulsions symptomatiques 155
Tétanos 159
Chorée 161
Forme commune, 161; Forme grave 163
Contracture essentielle 166
Forme commune, 167; Forme tétanique, 168; Forme fixe 168
Terreurs nocturnes 169

CHAPITRE VI. — MALADIES DES AGES.

Affections et accidents de la naissance 171
Mort apparente des nouveau-nés 117
Chute du cordon et hémorrhagie ombilicale. 172
Phlegmon de l'ombilic 172
Accidents liés à la dentition 173

CHAPITRE VII. — MALADIES PARASITAIRES.

Gale..... 175
Teignes..... 175
Teigne faveuse..... 175
Teigne tonsurante et herpès circiné..... 177
Pelade..... 178
Vers intestinaux..... 179
Ascarides lombricoïdes..... 179
Complications..... 179
Oxyures vermiculaires..... 181
Ténia..... 181

DEUXIÈME PARTIE. — **Maladies localisées.**

CHAPITRE Ier. — MALADIES ET AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

A). — *Affection de l'encéphale.*

Vices de conformation..... 184
Acéphalie..... 184
Anencéphalie..... 184
Encéphalocèle..... 184
Céphalématome..... 185
Méningite aigue..... 186
Forme commune, 186; Forme convulsive.. 188
Méningite tuberculeuse..... 191
Forme commune, 191; Forme typhoïde, 194; Forme irrégulière ou latente... 194
Méningite cérébro-spinale..... 197
Forme commune, 197; Forme foudroyante, 198; Forme ataxique, 199; Forme bénigne..... 199

Encéphalite..... 200
Hémorrhagie méningée..... 202
Hémorrhagie cérébrale..... 204
Hydrocéphalie..... 204
Tumeurs cérébrales..... 209

B). — *Affections médullaires.*

Vices de confrontation..... 211
Amyélie..... 211
Spina bifida..... 212
Paralysie infantile..... 213
Myopathies essentielles..... 217
Forme commune, 218; Forme pseudo-hypertrophique, 220; Forme sans hypertrophie et sans atrophie musculaires, 221; Forme atrophique ascendante..... 222

CHAPITRE II. — MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF.

A). — *Affections de la bouche.*

Vices de conformation..... 223
Adhérences des lèvres..... 223
Bourrelet muqueux..... 223
Bec de lièvre..... 223
Stomatite..... 225
Stomatite érythémateuse, 226; Stomatite aphtheuse, 226; Stomatite ulcéro-membraneuse..... 227
Muguet..... 229
Forme bénigne, 230; Forme commune..... 231
Gangrène..... 232
Grenouillette..... 236

B). — *Affections du pharynx.*

Angines..... 236
Angine érythémateuse, 237; Agine pultacée, 237; Angine phlegmoneuse, 238; Angine gangréneuse..... 239
Hypertrophie des amygdales..... 240
Tumeurs adénoïdes..... 243
Abcès rétro-pharyngiens..... 245

C). — *Affections de l'œsophage et de l'estomac.*

Corps étrangers..... 249
Indigestion 250
Dyspepsie..... 252

D). — *Affections de l'intestin.*

Vices de conformation..... 255
Rétrécissement de l'anus..... 255
Imperforation de l'anus et du rectum simple..... 255
Imperforation de l'anus et du rectum avec communications anormales..... 256
Absence du rectum..... 256
Diarrhée..... 256
Forme bénigne, 257; Forme commune, 257; Forme grave, 258; Forme cholériforme, 259; Forme chronique..... 260
Entérite tuberculeuse..... 266
Constipation..... 266
Invagination..... 268
Invagination du gros intestin, 269; Invagination de l'intestin grêle..... 270
Typhlite et périty phlite..... 273
Typhlite, 274; Périty phlite..... 274
Mœlena des nouveau-nés..... 275
Chute du rectum..... 278

E). — *Affections du péritoine.*

Péritonite..... 279
Péritonite des nouveau-nés, 280; Péritonite essentielle de la seconde enfance, 280; Péritonite secondaire..... 282
Péritonite tuberculeuse..... 228
Carreau..... 286

F. — *Affection du foie.*

Ictère..... 288
Ictère des nouveau-nés, 288; Ictère de la seconde enfance..... 290
Kystes hydatiques du foie..... 291

CHAPITRE III. — MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

A). — *Affections du nez.*

Coryza..... 294
Coryza aigu, 294; Coryza chronique..... 295
Epistaxis..... 297
Polypes muqueux des fosses nasales..... 300
Corps étrangers des fosses nasales..... 300

B). — *Affections du larynx et de la trachée.*

Laryngite..... 301
Forme commune, 302; Forme grave, 302;
Laryngite striduleuse..... 304
Œdème de la glotte..... 370
Spasme de la glotte..... 308
Corps étrangers des voies aériennes..... 310

C). — *Affections du poumon et de la plèvre.*

Catarrhe pulmonaire..... 314
Forme commune, 314; Forme grave, 315;
Forme chronique..... 318

Pneumonie..... 323
Forme commune,323; Forme bénigne, 326;
Forme cérébrale..... 326
Gangrène pulmonaire..... 329
Pleurésie..... 330
Forme commune, 331; Forme purulente... 332
Phthisie pulmonaire..... 341
Forme commune, 341; Forme maligne.... 343
Adénopathie bronchique..... 348
Asthme..... 349

CHAPITRE V. — MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Vices de conformation du cœur..... 351
Cyanose..... 351
Endocardite et péricardite..... 354
Endocardite, 355; Péricardite..... 355
Affections valvulaires du cœur..... 358

CHAPITRE V. — MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL GENITO-URINAIRE.

Vices de conformation..... 361
Imperforation du prépuce et du gland..... 361
Hypospadias..... 361
Epispadias..... 362
Phimosis congénital..... 362
Migration imparfaite du testicule..... 363
Périnéphrite..... 364
Tumeurs du rein..... 365
Cancer du rein..... 365
Dégénérescence kystique..... 366
Hydronéphrose..... 366
Lithiase urinaire..... 367
Incontinence d'urine..... 369

Spasme de la vessie..... 371
Hydrocèle..... 373
Cancer du testicule..... 374
Vulvo-vaginite..... 374
Gangrène de la vulve..... 376

CHAPITRE VI. — MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

A). — *Affections des os.*

Ostéite..... 379
Ostéite phlegmoneuse..... 381
Forme inflammatoire, 382; Forme typhoïde, 383; Forme suraiguë..... 384
Carie..... 386
Mal de Pott..... 388

B). — *Affections des articulations.*

Tumeurs blanches..... 391
Coxalgie..... 393
Forme commune, 394; Forme maligne..... 398

C). *Affections des muscles.*

Torticolis..... 400

CHAPITRE VII. — MALADIES ET AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE DE LA PEAU.

A). — *Affections du tissu cellulaire.*

Œdème des nouveau-nés..... 402

B). — *Affections de la peau.*

Erythème..... 404
Strophulus..... 406
Urticaire..... 407
Zona..... 407

Eczéma et impetigo 407
Pemphygus 412
Ecthyma et rupia..... 414
Prurigo..... 415
Lupus 416
Impetigo rodens..... 417
Ichthyose..... 418

CHAPITRE VIII. — MALADIES ET AFFECTIONS DES OREILLES.

Corps étrangers..... 419
Affections de l'oreille externe..... 420
Otite..... 421
Otite aigue, 421; Otite chronique non suppurée, 423 ; Otorrhée, 424; Complications. 425

CHAPITRE IX. — MALADIES ET AFFECTIONS DES YEUX.

Dacryocystite 428
Blépharite..... 429
Orgeolet..... 430
Kystes des paupières..... 431
Ophthalmie catarrhale..... 431
Ophthalmie purulente..... 432
Forme commune, 433; Forme maligne.... 434
Ophthalmie scrofuleuse..... 435
Cataracte..... 439
Cancer de l'œil..... 439

TABLE ALPHABÉTIQUE..... 441

BOSTON MEDICAL
LES
LIBRARY

MALADIES DE L'ENFANCE

DESCRIPTION ET TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE

PROLÉGOMÈNES

I. — DE L'EXAMEN DES ENFANTS

Le diagnostic présente chez les enfants, surtout pendant la première enfance, des difficultés qui tiennent surtout à l'impossibilité d'obtenir des renseignements du malade lui-même. Son indocilité, ses cris viennent encore compliquer l'examen du pouls, de la gorge, etc.; le pouls, la respiration présentent en outre des différences très considérables suivant l'âge de l'enfant. Nous devons donc nous occuper de l'*examen des enfants*, chez les nouveau-nés et pendant la seconde enfance.

a) Nouveau-nés. — On devra examiner l'enfant pendant le sommeil et dans l'état de veille; c'est surtout pendant le sommeil que l'on pourra tâter le pouls, dont la fréquence s'accroît par les cris et l'agitation de l'enfant éveillé, examiner la physionomie et l'attitude, la coloration des téguments;

pendant l'état de veille, le médecin pourra étudier les cris de l'enfant.

Il devra pratiquer avec soin l'examen de tout le corps ; des selles, dont il se rendra compte en se faisant montrer les couches ; de l'urine, qu'il pourra se procurer en pressant légèrement de haut en bas sur le fond de la vessie.

Coloration de la peau. — Au moment de la naissance, la peau présente une rougeur générale, remplacée du 4e au 6e jour par une teinte jaune, qui fait place elle-même au bout de quelques jours à une teinte rosée.

La coloration bleuâtre cyanosée de la face indique presque toujours une affection congénitale du cœur ; cependant une coloration analogue existe dans l'œdème des nouveau-nés. L'ictère présente une teinte jaune vif, avec coloration des conjonctives et urines foncées. Enfin, certaines maladies graves s'accompagnent d'une pâleur très marquée.

Physionomie. — L'aspect des traits de l'enfant peut souvent mettre sur la voie du diagnostic. Les coliques produisent des grimaces avec cris et mouvements des cuisses sur le ventre. La diarrhée cholériforme s'accompagne rapidement du faciès hippocratique : pâleur, nez pincé, yeux excavés et pommettes saillantes. Dans la pneumonie, on observe de la pâleur et surtout des mouvements des ailes du nez qui se dilatent à chaque inspiration. Enfin, dans les maladies cachectiques et principalement dans l'entérite chronique, il existe une sorte de décrépitude sénile : peau flasque et terreuse

ridée, aspect décharné ; Bouchut compare le visage de ces enfants à celui de Voltaire.

Cri. — Les cris des nouveau-nés peuvent être produits par la colère ou la douleur ; dans ce dernier cas, ils ne se calment pas lorsqu'on cherche à distraire l'enfant, lorsqu'on l'expose à la lumière. Les auteurs, et principalement Billard (1), ont donné au cri une importance qui nous paraît exagérée. Nous dirons cependant que le *cri faible* se rencontre chez les enfants qui naissent très débiles et pendant les maladies cachectiques ; le *cri étouffé*, dans la pneumonie ; c'est plutôt un gémissement ; le *cri aigu*, à intervalles éloignés dans les affections cérébrales; fréquent et faible dans l'œdème des nouveau-nés ; le *cri voilé*, dans le croup.

Pouls et respiration. — Il est nécessaire de connaître les variations du pouls suivant l'âge des enfants. Sans vouloir entrer ici dans le détail, nous dirons d'une façon générale que le pouls bat dans les premières semaines de 120 à 140 fois par minute, 110 pendant la seconde année, 100 jusqu'à 5 ans et 90 jusqu'à 8 ans (d'Espine et Picot) (2). Ces chiffres sont sujets à de nombreuses variations suivant les émotions du sujet, l'état de veille ou de sommeil, etc.

La température donnera de meilleurs renseignements sur la fièvre que le pouls qui est sujet à trop de variations.

(1) Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle. 3e éd., Paris, 1837.

(2) Manuel pratique des maladies de l'enfance. 2e édit. J.-B. Baillière, 1880.

Les mouvements respiratoires présentent une marche analogue : de 44 par minutes, chez les nouveau-nés, de 35 à 40 jusqu'à la troisième année, ils arrivent à 25 vers la quatrième et la cinquième.

b) Seconde enfance. — On peut employer tous les modes d'investigation dont on se sert chez les adultes, mais ils sont rendus difficiles par l'indocilité des enfants ; le médecin devra se montrer doux et patient. se faire bien venir des petits malades. tout en alliant une certaine fermeté à la douceur.

Examen de la gorge. — Il faut que les mères apprennent de bonne heure à leurs enfants à montrer leur gorge, ce qui est assez facile et ce qui leur évitera bien des colères. Si l'enfant ne sait pas ou est indocile, on devra lui faire tenir les mains et, en prenant la tête de la main gauche, on arrivera facilement à introduire un abaisse-langue entre les dents et à pratiquer l'examen.

Percussion et auscultation. — La percussion du thorax donne des résultats plus nets que chez les adultes ; il faut seulement faire bien mettre les deux bras dans la même position, pour ne pas s'exposer à percevoir une matité qui n'existerait pas. Il faut remarquer à propos de l'auscultation que le bruit vésiculaire, surtout au sommet, présente chez les enfants une rudesse particulière, qu'une oreille peu exercée pourrait prendre pour du souffle. Mais avec un peu d'habitude on évitera cette erreur.

II. — HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Nous nous occuperons ici surtout de l'alimentation, qui est pour nous très importante tant au point de vue du développement corporel des enfants qu'à cause des maladies qui peuvent être causées par une mauvaise alimentation.

Les autres prescriptions hygiéniques trouveront mieux leur place à propos du traitement des affections diverses que nous passerons en revue.

Jusqu'à la première dent, l'alimentation doit être exclusivement lactée et autant que possible nous pensons que l'enfant doit être nourri par sa mère; le lait de celle-ci est certainement celui qui est le mieux approprié à cet usage; cependant, en cas d'impossibilité, nous aurons recours à une nourrice. Si la mère a peu de lait, l'alimentation mixte, en s'aidant d'un peu de biberon, produit souvent aussi de bons résultats.

L'alimentation exclusivement artificielle est moins favorable et, quoique quelques enfants paraissent s'en trouver très bien, nous la déconseillons autant que possible. Il est cependant des circonstances où on ne peut faire autrement. Dans ce cas, pour que le résultat soit bon, il faut une grande propreté ; les tubes et les biberons qui ont servi doivent être lavés à grande eau, et même doivent séjourner dans l'eau jusqu'à ce qu'on en ait de nouveau besoin ; un biberon commencé et laissé à moitié doit être mis de côté. On doit donner à l'enfant du lait coupé de deux tiers d'eau pendant les premiers jours, de moitié jusqu'à la fin du deuxième

mois, d'un tiers pendant le troisième mois ; ensuite du lait pur. Le lait de vache, qui est le plus usité, a besoin aussi d'être un peu sucré. Nous le faisons donner cru en hiver et bouilli en été, car sans cela il ne se conserverait pas. Nous proscrivons complètement l'usage d'eau panée, d'eau d'orge, d'eau de riz pour couper le lait; l'eau pure est mieux digérée et n'occasionne pas la diarrhée.

Quelle que soit l'alimentation, il est nécessaire de peser de temps à autre l'enfant pour voir s'il profite bien. L'enfant, qui perd de 100 à 300 grammes pendant les trois premiers jours de sa vie, commence à augmenter ensuite et s'accroît en moyenne de 20 à 30 grammes par jour pendant les cinq premiers mois, de 10 à 15 pendant les mois suivants. Si l'enfant dépérit sans cause de maladie, on a tout lieu de croire que sa nourriture est insuffisante et, s'il est au biberon, on doit lui donner une nourrice ; s'il a une nourrice, on doit examiner si elle a du bon lait.

Lorsque l'enfant a une dent, il faut commencer à lui donner une autre nourriture, tout en continuant son lait : de petits potages, biscottes et lait, tapioca et lait, de la farine lactée, puis des œufs à la coque, des œufs brouillés, sont les premiers aliments. On peut aussi lui faire sucer une croûte de pain.

On augmentera peu à peu la nourriture en ajoutant aux aliments précédents des bouillies, des purées de légumes, puis des légumes ; enfin du pain trempé dans des sauces, un peu de poisson.

Le sevrage se fera vers douze ou quinze mois, suivant surtout l'évolution plus ou moins tardive

des dents ; il est préférable de ne pas sevrer les enfants pendant les grandes chaleurs et pendant une période de dentition.

Lorsque l'enfant est sevré et jusqu'à la fin de la première dentition, on le conservera à l'alimentation que nous avons indiquée plus haut, en continuant le plus largement possible l'usage du lait. Nous sommes complètement hostiles à l'alimentation animale avant l'apparition de la vingtième dent; tout au plus, laissons-nous quelquefois donner un peu de cervelle ou de ris de veau ; mais, d'une façon générale, un enfant qui n'a pas sa première dentition au complet ne doit pas manger de viande. Nous sommes persuadé qu'en agissant ainsi on évite presque sûrement le rachitisme ; nous montrerons, du reste, à propos de cette maladie, qu'on peut la produire expérimentalement chez les animaux en leur donnant une alimentation exclusivement composée de viande.

Lorsque la première dentition est complète, nous permettons l'usage modéré et progressif de la viande, tout en le limitant beaucoup, surtout chez les enfants prédisposés à la scrofule et à la tuberculose. Il en est de même du vin, que nous proscrivons chez les enfants jusqu'à quatre ou cinq ans et encore ne le permettons-nous à cet âge qu'en très petite quantité. L'usage du vin et de la viande nous paraît favoriser le développement de la méningite tuberculeuse chez les sujets prédisposés.

Bien des parents trouvent ces préceptes alimentaires exagérés et trop sévères, et ne veulent pas les suivre complètement; nous sommes tellement persuadés de leur nécessité que nos enfants les ont

suivis avec rigueur et ne s'en portent pas plus mal ; ils sont plus forts et plus vigoureux que beaucoup d'autres que l'on nourrit surtout à la viande et auxquels on donne beaucoup de vin pour les fortifier.

III. — THÉRAPEUTIQUE

Nos médicaments étant le plus souvent administrés à des doses non perturbatrices, il n'y aura pas de distinction à faire suivant les âges différents des enfants ; nous indiquons après chaque médicament la dilution ou la trituration usuelle. Nous avons l'habitude de prescrire 5 gouttes des dilutions ou 0,25 des triturations par potion ; ces quantités (1) seront mises pour les enfants au-dessous de 3 ans dans la valeur de trois cuillerées à bouche d'eau et on donnera trois à quatre cuillerées à café par jour dans les maladies chroniques, une cuillerée à café toutes les trois ou deux heures dans les maladies aiguës ; chez les enfants au-dessus de trois ans nous mettrons la même quantité dans six cuillerées à bouche d'eau et à prendre de la même manière, seulement par cuillerées à dessert au lieu de cuillerées à café.

Chez les tout petits enfants, qui boivent difficilement une potion, on pourra remplacer les gouttes par des globules de la dilution correspondante ou donner les médicaments en trituration.

Pour les teintures mères et les premières triturations décimales, il y aura lieu d'administrer des

(1) Lorsque ces quantités doivent être modifiées en plus ou en moins, nous inscrivons la dose après l'indication de la dilution ou de la trituration.

doses proportionnées aux âges : pour l'*aconit* (TM) en particulier nous donnons une goutte par jour pendant la première année et nous augmentons d'une goutte par année ; pour les autres médicaments à ces mêmes doses nous suivrons une règle analogue à celle de Gaubius, avant deux ans nous donnerons environ 1/10 de la dose employée chez les adultes ; de 2 à 6 ans une dose de 1/5 ; de 6 à 9 ans une dose de 1/3 et de 9 à 15 ans une dose de 1/2.

Nous donnerons, à propos du traitement de la fièvre intermittente, les doses de sulfate de quinine suivant les âges.

En dehors des médicaments internes, nous croyons devoir indiquer la quantité de liquide à administrer dans les *lavements :* 60 à 90 grammes avant 2 ans ; 120 à 150 de 2 à 5 ans ; 250 après 5 ans ; 500 vers 14 ou 15 ans.

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES GÉNÉRALES

Nous croyons que toutes les maladies sont générales, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de maladie, si localisée qu'elle soit, qui ne réagisse sur l'organisme tout entier. Nous avons cependant réuni par appareil, dans une seconde partie, sous le nom de *maladies localisées*, celles dont la lésion principale a un siège unique, parce que ces différentes affections présentent des points de ressemblance et des différences plus faciles à saisir lorsqu'on les lira les unes auprès des autres et parce qu'un certain nombre de médicaments sont communs à plusieurs de ces affections voisines.

Dans notre première partie nous décrirons successivement les *maladies constitutionnelles* (goutte, rhumatisme, hémorrhoïdes, scrofule), les *cachexies* (diabète, albuminurie, rachitisme, purpura, etc.), les *fièvres* (rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, fièvre intermittente, etc.), les *maladies épidémiques* (érysipèle, diphthérie, dysentérie, oreillons, coqueluche, etc.), les *névroses* (épilepsie, convulsions, chorée, etc.), les *maladies des âges* et les *maladies parasitaires*.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES CONSTITUTIONNELLES

GOUTTE

L'influence de cette maladie peut se faire sentir dès l'enfance et se montrer chez les enfants procréés par des goutteux : mais nous voulons seulement nous occuper ici d'une affection goutteuse, la *goutte noueuse*, communément désignée sous le nom de rhumatisme noueux (1), qui survient quelquefois de 2 à 15 ans. Les symptômes sont analogues à ceux qui existent chez les vieillards avec un certain degré d'acuité en plus ; la maladie passe à l'état chronique après une période aiguë, mais il survient de temps à autre des exacerbations subaiguës ; contrairement à ce qui se passe chez les vieillards, la goutte noueuse à une tendance à la guérison : elle s'accompagne toujours d'un certain degré d'anémie et de cachexie, et peut présenter des complications cardiaques (péricardite et endocardite).

TRAITEMENT. — Le *bromure de potassium* et le *bromure de sodium* (1re trit. et 1re trit. déc.) sont les médicaments paraissant les plus efficaces dans la goutte

(1) Lacaze. Étude clinique sur le rhumatisme noueux chez les enfants. Th. de Paris, 1880.

noueuse des vieillards. *Iodium*, *arsenicum* et *aurum* sont aussi indiqués ; le premier se donne de la teinture mère à la 6e ; il peut être administré sous forme d'iodure de potassium ; les deux autres se prescrivent à la 3e trit.

Pulsatilla, *actæa racemosa* peuvent encore être indiqués et s'emploient aux premières atténuations. Du reste, on peut se reporter pour les indications tirées du caractère de la douleur à ce que nous dirons plus bas en traitant du rhumatisme.

Comme eaux minérales, nous recommanderions surtout les eaux arsenicales de la Bourboule, ou les eaux salines, Salies de Béarn, Bex, Le Croisic.

RHUMATISME

Le rhumatisme articulaire, rare avant 5 ans, devient un peu plus fréquent après 8 ans, quoiqu'il reste toujours plus rare que chez l'adulte. Il est presque toujours héréditaire.

Les symptômes, analogues à ceux des adultes, sont moins aigus ; après un début fébrile peu violent, les douleurs apparaissent dans une articulation du membre inférieur, puis s'étendent aux autres jointures de ce membre, quelquefois à celles du membre supérieur, mais plus rarement. Elles sont moindres que chez les adultes et il y a moins de jointures prises ; l'enflure est peu considérable et la rougeur peu intense ; quelquefois, mais rarement, une seule jointure se prend, *forme mono-articulaire*, qui peut passer à l'état chronique et se transformer en tumeur blanche chez les enfants prédisposés. La gué-

rison survient d'ordinaire du 8e au 15e jour, mais les rechutes sont assez fréquentes.

COMPLICATIONS. — Elles sont plus fréquentes que chez les adultes et siègent surtout sur le cœur ; on observe la *péricardite* et l'*endocardite*, qui s'annoncent le plus souvent par un redoublement de fièvre. Ces complications cardiaques peuvent apparaître avant les fluxions articulaires et constituer le début de la maladie.

La *pleurésie*, souvent double, est aussi fréquente; la *pneumonie*, beaucoup plus rare. Le *rhumatisme cérébral* est l'exception, quoique d'Espine et Picot en aient trouvé 14 observations ; lorsqu'il existe, il revêt ordinairement la forme méningitique. Enfin, Trousseau et Bouchut ont observé le *rhumatisme spinal* caractérisé par une paraplégie transitoire.

Le traitement des complications sera fait lorsque nous décrirons ces affections en particulier.

TRAITEMENT. — L'*aconit* (TM) est le médicament du début, caractérisé par une fièvre intense, et par les arthrites des membres inférieurs.

Les médicaments indiqués dans la période d'état sont *bryonia*, *chininum sulfuricum* et *colchicum*.

Bryonia convient aux arthrites multiples, avec aggravation des douleurs par le moindre mouvement et le plus léger attouchement ; il se donne de la 3e dilution à la TM, 2 gouttes par jour.

Chininum sulfuricum convient à des douleurs analogues avec un état fébrile plus intense; de la 3e trituration à la 1re décimale, 0,20 par jour.

Colchicum convient aux arthrites avec peu ou pas de gonflement ; 1re dilution à TM, 2 à 5 gouttes par jour suivant l'âge.

Le *rhus toxicodendron*, aux mêmes doses que la bryone, convient lorsque les douleurs sont plus fortes la nuit ; la *pulsatilla*, mêmes doses, lorsque les douleurs passent rapidement d'une jointure à une autre ; l'*actæa racemosa*, mêmes doses, dans le même cas que la bryone, lorsque celle-ci n'aura pas réussi.

HÉMORRHOÏDES

La maladie hémorrhoïdaire se caractérise chez les enfants par la tendance aux hémorrhagies et principalement à l'épistaxis (voir plus loin) ; quelquefois, par l'apparition précoce des hémorrhoïdes, qui peuvent être gênantes surtout par la constipation qui les accompagne, par le gonflement et la douleur qu'elles déterminent et par des hémorrhagies.

L'apparition précoce des hémorrhoïdes est rare et les accidents qu'elles amènent sont peu accusés.

TRAITEMENT. — La douleur sera ordinairement soulagée par *nux vomica* ou *capsicum*. *Nux vomica* (6e à 12e dilution) lorsqu'il y a constipation et ténesme ; *capsicum* (3e à 1re trit.) lorsqu'il y a ténesme et petites selles diarrhéïques.

L'*hamamelis* (TM, 2 à 4 gouttes) est le médicament le plus employé contre les hémorrhagies ; s'il échouait on pourrait recourir à l'*ipeca* (1re trit. décimale).

SCROFULE

La scrofule débute le plus souvent pendant l'enfance, ordinairement pendant la première ou la seconde dentition. La rougeole est fréquemment l'occasion de son développement. L'hérédité joue le plus grand rôle dans l'étiologie de cette maladie : la syphilis, l'alcoolisme, la misère des parents en favorisent le développement.

FORMES. — Nous examinerons successivement la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne* et la forme *fixe primitive* (Milcent).

Forme commune. — Pendant sa première période, la scrofule est caractérisée par des affections superficielles de la peau et des muqueuses.

Les éruptions cutanées ou *scrofulides* (Bazin) se présentent souvent sous la forme d'*eczéma impétigineux* qui se développe autour des yeux, des narines, des lèvres, derrière les oreilles, s'accompagne de l'engorgement des ganglions et de petits abcès sous-cutanés au niveau du cuir chevelu ; on désigne vulgairement cette éruption du nom de gourme. On peut aussi observer du *prurigo*, du *lichen*, et de l'*acné ;* celle-ci survient plutôt lorsque la maladie se développe vers le moment de la puberté.

Les affections des muqueuses de cette période sont :

Le *coryza*, qui est chronique d'emblée, s'accompagne souvent d'impétigo de la lèvre supérieure, avec gonflement du nez et de la lèvre (*mufle scrofuleux*). Les fosses nasales se remplissent de croûtes. L'*ozène* peut être la conséquence de ce coryza.

L'*otite*, caractérisée par une otorrhée rebelle, séro-purulente, quelquefois fétide, par la surdité ; si l'otite continue pendant les périodes plus avancées de la maladie, elle peut se compliquer de carie du rocher et d'accidents méningo-cérébraux consécutifs.

La *blépharite ciliaire* avec inflammation des glandes de Meibomius, orgelets, et quelquefois tumeur lacrymale et dacryocystite.

Les *ophthalmies* superficielles, caractérisées par de la conjonctivite ; la pharyngite granuleuse avec hypertrophie des amygdales ; la diarrhée, la balanite, la vulvite et la *leucorrhée* chez les petites filles.

Pendant la deuxième période, les accidents deviennent plus graves et nous observons les *écrouelles*, constituées par l'engorgement douloureux des ganglions de la région cervicale, particulièrement à la base du maxillaire inférieur ; ces adénites se reconnaissent d'abord par des ganglions isolés, indurés, plus tard par des masses ganglionnaires ; elles se terminent par la résolution, par une induration persistante ou par la suppuration. Dans ce dernier cas, les ganglions se ramollissent, la peau devient rouge, luisante, et, si on ne les ouvre pas, ils s'ulcèrent et laissent des fistules qui suppurent longtemps. Les ganglions de l'aine et de l'aisselle peuvent présenter des accidents analogues. Les affections cutanées que l'on rencontre dans cette période, plus graves que celles de la première période, sont l'*impétigo rodens*, et le *lupus*. Les ophthalmies de cette période sont graves, s'accompagnent souvent d'ulcères de la cornée, ou d'infiltrations interstitielles, qui peu-

vent devenir le point de départ de taies et compromettre l'intégrité de la vue.

La troisième période est caractérisée par les affections graves des viscères et des os, les tumeurs blanches, le mal de Pott, les caries des côtes, le spina ventosa, la méningite tuberculeuse, la phthisie, le carreau. Ces diverses affections, que nous ne faisons qu'énumérer ici, car nous les retrouverons, et les décrirons avec soin dans la deuxième partie de cet ouvrage, quand nous traiterons des maladies localisées, s'accompagnent d'un grand degré de cachexie, qui vient clore le plus souvent cette maladie. La scrofule se termine par la guérison lorsqu'elle n'a pas son évolution complète et est enrayée avant d'arriver à la troisième période.

La scrofule, qui a commencé au début de l'enfance, évolue pendant celle-ci et se termine souvent dans l'âge adulte, où nous n'avons pas à la suivre.

Forme bénigne. — Cette forme est caractérisée par l'apparition plus ou moins isolée de quelques affections superficielles : impétigo, blépharite, ophthalmie légère, etc., et par sa tendance à la guérison, qui a lieu ordinairement à la puberté.

Forme maligne. — Cette forme se caractérise par une marche très rapide et par la production précoce d'accidents tuberculeux : des écrouelles énormes, des caries multiples et simultanées, la phthisie et la péritonite tuberculeuse.

Forme fixe primitive. — Dans cette forme, il existe ordinairement une seule affection scrofuleuse qui constitue toute la maladie : tumeur blanche mal de Pott, carie isolée d'un os, méningite tuber-

culeuse, lupus, péritonite, phthisie pulmonaire, telles sont les affections qui, se déclarant seules, constituent cette forme. Lorsque la maladie a progressé et que la cachexie est proche, il y a souvent apparition de plusieurs autres affections scrofuleuses qui viennent terminer la scène.

TRAITEMENT. — *Prophylaxie.* — C'est surtout chez les enfants de parents scrofuleux que les prescriptions hygiéniques, que nous recommandons chez tous les enfants du reste, doivent être observées avec le plus de rigueur.

L'allaitement au sein jusqu'à la fin de la première dentition, l'abstinence absolue de viande jusqu'après l'apparition de la vingtième dent, en permettant, après les premières, de petits potages maigres, des œufs, quelques légumes; après la première dentition, l'usage très modéré de la viande, abstinence de vin jusqu'à la seconde dentition, pour éviter les méningites, tels sont les points les plus importants de l'alimentation.

Les enfants doivent être dans des chambres aérées et exposées au soleil; le séjour au bord de la mer ou dans la montagne est encore plus favorable.

L'exercice, la gymnastique, la marche, les bains froids courts, surtout à la mer, l'hydrothérapie sont des adjuvants très utiles.

Il faudra aussi surveiller les enfants avec soin parce que l'onanisme est une cause prédisposante de la scrofule.

Traitement curatif. — Nous ne nous occuperons ici que du traitement de la maladie en général: le traitement des affections particulières se trou-

vera plus loin à chacune de ces affections. Cependant nous parlerons en terminant du traitement des adénites.

Calcarea carbonica, *sulfur*, *silicea*, *conium maculatum*, *iodium* et *bromum* sont les médicaments principaux.

Calcarea carbonica et *sulfur* conviennent comme médicaments prophylactiques dans un grand nombre de cas; ils seront administrés chez les enfants prédisposés pendant la première enfance et surtout pendant la convalescence de la rougeole; on donnerait la trentième dilution, une goutte matin et soir de calcarea carbonica pendant une semaine; la même dose de sulfur la seconde semaine; se reposer la troisième semaine et recommencer.

Silicea (30e dil.) convient chez les enfants dont les dents ne poussent pas, qui sont en retard pour la marche. Il convient dans la scrofule confirmée, pour les adénites suppurées, le coryza, les otorrhées, la leucorrhée, les caries osseuses, les tumeurs blanches.

Conium maculatum (TM à 3e dil.), préconisé par Storck (1), est un médicament qui convient dans un grand nombre d'affections scrofuleuses et en particulier dans les adénites.

Iodium (1re à 3e trit.) et *bromum* (sous forme de bromure de sodium (3e trit.) conviennent dans les affections osseuses avec suppuration et dans les gonflements ganglionnaires. L'air marin et les

(1) Etude de thérapeutique expérimentale, traduction du Dr Piedvache. J.-B. Baillière, 1887.

bains de mer, les eaux-mères des salines et l'huile de foie de morue, qui contiennent ces deux médicaments conviennent, en général, aux scrofuleux. L'huile de foie de morue est souvent mal supportée et amène quelquefois de l'anorexie. Le séjour au bord de la mer et les bains additionnés d'eaux-mères des salines conviennent principalement à la scrofule osseuse ; le séjour au bord de la mer doit être prolongé pour être efficace comme l'a démontré notre ami James Love dans sa thèse (1). Les bains salins d'Allemagne : Kreuznach, Nauheim, les bains suisses de Bex, les bains français de Salins et de Salies de Béarn, présentent tous les eaux-mères et peuvent être employés avec fruit ; cependant nous préférons envoyer nos malades au Croisic (Loire-Inférieure) où ils trouvent en outre l'air de la mer.

Traitement des adénites. — Lorsqu'il n'existe que du gonflement plus ou moins douloureux, mais sans rougeur de la peau et sans tendance à la suppuration, nous avons l'habitude de prescrire *conium* (TM à 3e dil.) et le plus souvent ce médicament réussit à faire disparaître l'engorgement.

En cas d'insuccès nous donnerions : *iodium* (1re à 3e tritr.) ou *cistus canad.* (TM ou 1re dil.).

Lorsque la glande se tuméfie, que la peau devient rouge, qu'il y a tendance à la suppuration, le médicament le plus approprié est *belladona* (TM, 1 à 4 gouttes).

Enfin si le pus est formé, il ne faut pas laisser l'abcès s'ouvrir seul, il faut intervenir. Voici com-

(1) De l'organisation des hôpitaux maritimes, thèse de Paris, 1880.

ment nous opérons pour éviter les cicatrices vicieuses lorsque l'abcès siège au cou :

Nous transperçons l'abcès de part en part avec l'aiguille de Reverdin que nous ramenons avec un fil de soie, qui fait séton dans l'abcès ; pendant deux ou trois jours, nous injectons dans l'intérieur de l'abcès quelques gouttes d'une solution légèrement iodée, et nous n'enlevons le fil que lorsque la suppuration est terminée.

Notre ancien collègue Verchère vient de publier un autre moyen (1) : on aspire le pus avec un appareil Dieulafoy, puis on injecte par l'aiguille de l'éther iodoformé ; celui-ci s'évapore en laissant sur les parois de l'abcès une couche d'iodoforme ; on renouvelle deux ou trois jours cette injection.

Pour les adénites des autres régions, il est préférable d'ouvrir l'abcès au bistouri.

Contre la suppuration on prescrira *silicea* (30) et, si ce n'est pas suffisant *Hepar sulfuris* (2e trit.).

(1) Revue de chirurgie, 1886.

CHAPITRE II

CACHEXIES

DIABÈTE

Le diabète est très rare chez l'enfant (H. Leroux) (1); il aurait son maximum de fréquence de 10 à 15 ans. Comme symptômes, il présente peu de différence avec le diabète de l'adulte, sauf sur quelques points et par la marche de la maladie qui est beaucoup plus rapide chez les enfants et qui se présente sous la *forme consomptive* (P. Jousset).

Le début de la maladie doit passer le plus souvent inaperçu et on est amené seulement à la soupçonner lorsque les symptômes fondamentaux existent : *polyurie*, *polydipsie* et *amaigrissement*.

Ces trois symptômes font penser à rechercher le sucre dans les urines, ce qui établit le diagnostic.

La *polyurie* est dans certains cas plus considérable que chez l'adulte; elle s'accompagne d'une augmentation dans le nombre des mictions, surtout pendant le jour; elle peut amener aussi l'*incontinence d'urine*.

La *polydipsie* s'accompagne souvent d'une *polyphagie*, qui est remplacée par de l'inappétence vers la fin de la maladie.

Le sucre est rendu chaque jour en grandes quan-

(1) Etude sur le diabète sucré chez les enfants, thèse de Paris, 1881.

tités, quantités proportionnellement plus considérables que chez l'adulte.

L'*amaigrissement* est très rapide.

Nous rencontrons aussi comme symptômes concomitants : la *sécheresse de la peau*, qui peut devenir le siège d'une desquamation furfuracée ; les *inflammations de la peau* (abcès, furoncles, prurigo) ; la *cataracte*, la *vulvite* et la leucorrhée ; la *balanoposthite* (H. Leroux) ; l'*albuminurie* à la période ultime, signe pronostique fâcheux.

La marche de la maladie est très rapide, plus rapide que chez l'adulte, et d'autant plus que l'enfant est plus jeune (H. Leroux).

La guérison est rare, mais possible, et peut être suivie de récidives.

La mort survient rarement par phthisie pulmonaire ; elle arrive le plus souvent par cachexie, quelquefois par une affection pulmonaire aiguë (broncho-pneumonie, gangrène), ou par des accidents cérébraux attribués à l'*acétonurie* ; dans ce cas, les malades présentent de la dyspnée, de l'agitation et du coma, suivi promptement de la mort. Un petit malade de notre ami Leroux, qui mourut ainsi, avait de l'albumine dans ses urines, et une diminution de leur quantité à la fin de sa vie, ce qui pourrait peut-être nous faire admettre que l'acétonurie n'est que de l'*urémie* ; les symptômes sont du reste très voisins.

TRAITEMENT. — *Le régime alimentaire* est ici très important. Pour l'enfant élevé au sein, il n'y a qu'à continuer l'allaitement ; pour les enfants un peu plus âgés, on donnera du lait, du bouillon, des œufs,

et enfin aussi rapidement que possible de la viande et du pain de gluten; on proscrira absolument le pain, les féculents et les plats sucrés.

Les médicaments que nous conseillerons sont l'*azotate d'urane*, *l'acide phosphorique*, *l'arsenic*.

L'*azotate d'urane* (1re à 3e trit.) est un médicament qui a produit dans les expériences sur les animaux la polyurie et la glycosurie; il a une action très certaine, et réduit promptement la quantité de sucre excrétée.

L'*acide phosphorique* (1re à 3e dil.) est considéré par le Dr R. Hughes (1) comme le médicament le plus important.

L'*arsenic* (3e trit.) répond à la chute des forces, à l'état général et même à la glycosurie, et peut rendre des services.

On pourrait essayer, en outre, le *lachesis*, le *curare*, la *morphine*, qui ont produit la glycosurie dans les expériences sur les animaux; mais nous manquons encore d'expérience clinique et les doses efficaces sont encore à chercher.

Enfin, nos confrères de Copenhague se servent depuis quelque temps avec grand avantage du *syzigium jambolanum* (1re trit. déc. 0,10); nous avons employé ce médicament dans quelques cas chez l'adulte avec avantage.

Lorsqu'il y aura complication d'albuminurie, on pourra être amené a employer quelquefois les médicaments que nous retrouverons au chapitre suivant.

(1) Manuel de thérapeutique. J.-B. Baillière, 1881.

ALBUMINURIE

L'albuminurie chez les enfants peut présenter quatre variétés distinctes (1).

1° L'albumine peut exister d'une façon passagère sous l'influence d'une maladie aiguë grave, diphthérie, fièvre typhoïde, etc.; c'est en général un signe pronostique plus grave pour l'affection pendant laquelle elle se développe ; mais cette albuminurie, cessant d'ordinaire avec la maladie qui la produit, et ne demandant pas de traitement particulier, ne nous arrêtera pas plus longtemps.

2° L'albuminurie peut exister avec les autres symptômes de la *néphrite interstitielle*, mais c'est un fait absolument exceptionnel, et nous ne décrirons pas cette variété; le traitement est à peu près le même que celui de la néphrite parenchymateuse.

3° L'albuminurie survient pendant une des maladies chroniques de l'enfance (tuberculose, scrofule,

(1) L'albumine se montrerait d'une façon transitoire dans l'urine d'enfants absolument bien portants (?). Fuhrbringer a soumis à des examens répétés les urines de 61 enfants de 3 à 6 ans, pensionnaires d'un asile et soumis à des conditions diététiques absolument semblables. Chez 7 de ces enfants, dont 4 étaient doués d'une santé florissante et les 3 autres un peu anémiques, il constata de l'albuminurie intermittente, qui se manifestait surtout à une heure avancée de l'après-midi. Il pense que ces albuminuries physiologiques dépendaient de grandes fatigues musculaires ou d'émotions morales. (Labadie-Lagrave, article *Reins*, Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 687.)

suppurations osseuses prolongées) ; elle est alors sous la dépendance de la *dégénérescence amyloïde* des reins. Cette variété d'albuminurie n'est qu'une affection cachectique et ne demande pas de traitement particulier.

4° La seule variété qui nous arrêtera plus longtemps est la *néphrite parenchymateuse*, la maladie de Bright. Elle est quelquefois primitive et survient presque toujours à la suite de l'impression du froid humide, 23 fois sur 120 (West) (1). Le plus souvent elle est secondaire et se développe surtout pendant la *scarlatine*, 85 fois sur 120 (West) ; souvent aussi sous l'influence de la *diphthérie*, la *fièvre typhoïde*, la *rougeole*.

FORMES. — Nous décrirons trois formes : la *forme commune*, la *forme chronique d'emblée* et la *forme maligne*.

Forme commune. — Soit dans le cours d'une maladie, soit spontanément, ordinairement après un refroidissement, la maladie débute par un mouvement fébrile plus ou moins intense, des douleurs de reins et des urines rares, rouges, contenant une grande quantité d'albumine, quelquefois du sang.

L'anasarque plus ou moins étendue, ordinairement limitée aux membres inférieurs et aux paupières, des troubles de la vue, avec ou sans rétinite, surviennent assez rapidement.

Le mouvement fébrile est le plus souvent de peu de durée, quelquefois à peine marqué ; lorsqu'il est terminé, les urines changent ordinairement de ca-

(1) Leçon sur les maladies de l'enfance. Paris, 1881.

ractère, deviennent un peu plus abondantes, sont pâles et un peu troubles, très mousseuses; leur densité est au-dessous de la normale et elles continuent à contenir une grande quantité d'albumine. Le dépôt qu'elles forment au fond du vase contient des cellules de la vessie et quelquefois des cylindres. L'anasarque persiste plus ou moins, présentant des alternatives souvent en rapport avec la quantité d'albumine contenue dans les urines.

Le plus souvent, il existe de temps à autre, sous l'influence d'un écart de régime, d'un refroidissement, et même sans cause, des recrudescences pendant lesquelles les urines diminuent, redeviennent foncées, quelquefois sanguinolentes, avec une quantité d'albumine plus considérable; l'œdème augmente; il peut survenir des hydropisies nouvelles: hydrothorax, ascite, hydro-péricarde, œdème de la glotte; au bout de quelques jours cet état aigu diminue et la maladie revient à l'état chronique.

Les enfants sont alors pâles, blafards, plus ou moins bouffis, fatigués, sans appétit; ils souffrent de temps à autre de maux de tête, de dyspnée; ils ont la peau très sèche et sont souvent sujets à la diarrhée.

Cet état peut continuer ainsi avec ces alternatives plus ou moins marquées pendant des mois et même des années.

La guérison se fait lentement par une atténuation graduelle des symptômes, de l'anasarque, de la quantité d'albumine, par le retour des forces, de la gaieté, de l'appétit.

La mort survient soit par les progrès de l'hydropisie, soit par des symptômes urémiques, analogues

à ceux que nous décrirons dans la forme maligne, soit par une affection intercurrente (œdème de la glotte, pneumonie, etc.).

Forme chronique d'emblée. — Plus rare que la précédente, cette forme s'en rapproche beaucoup ; elle est caractérisée par l'absence du mouvement fébrile du début et des recrudescences ; les urines ne sont ni sanguinolentes ni brunâtres: elles sont pâles et d'une densité inférieure à la normale dès le début. C'est ordinairement l'anasarque qui est le premier symptôme apparent et qui met sur la voie du diagnostic.

Forme maligne. — Cette forme est caractérisée par une marche suraiguë, par une anasarque considérable avec épanchements dans les cavités séreuses ou par l'apparition rapide des accidents encéphalopathiques. Cette forme se développe presque toujours dans le cours de la scarlatine.

Les accidents encéphalopathiques sont souvent précédés d'une diminution brusque dans les quantités des urines et de l'urée et revêtent presque toujours la forme éclamptique. L'enfant est pris tantôt d'accidents épileptiformes avec contractions toniques et ronflements, tantôt de convulsions cloniques plus ou moins étendues avec coma; ces crises reviennent à intervalles variés pendant plusieurs jours de suite. La mort est souvent la terminaison de cette forme ; quelquefois il survient une amélioration considérable et l'enfant guérit ou la maladie passe à l'état chronique.

TRAITEMENT. — Pendant la période aiguë du début, la *belladone* (1re déc., 5 à 10 gouttes) est certai-

nement le médicament le mieux indiqué par les symptômes et par la clinique. S'il ne suffisait pas, nous donnerions *cantharis* (3e à 1re dil.) ou *merc. corrosivus* (même dose). Ces deux médicaments sont indiqués par leurs symptômes et par les lésions qu'ils déterminent dans les empoisonnements; nous n'avons d'expérience clinique que pour le premier.

L'*arsenic* (3e trit.), qui contient dans ses symptômes les urines albumineuses et sanguinolentes et l'anasarque, est le médicament qui convient après les précédents et pendant les recrudescences.

L'*hamamelis* (TM, 1 à 5 gouttes) et *térébinthina* (1re déc., 10 à 20 gouttes) conviendront si le symptôme hématurie prédomine.

Lorsque les symptômes fébriles sont passés, et dans la forme chronique les médicaments indiqués sont l'arsenic, l'iodure de potassium, la fuchsine, la glonoïne, les venins et le plomb.

Nous avons déjà indiqué la manière d'administrer l'*arsenic*.

L'*iodure de potassium* (1re trit. déc. et cent.) nous a récemment donné deux succès. L'iode produit du reste l'albuminurie, surtout en applications répétées sur la peau.

La *fuchsine* (1re trit.) est un médicament empirique, qui a souvent donné de bons résultats.

La *glonoïne* (2e à 1re dil.) produit l'albuminurie; il a été recommandé en Allemagne par Rossbach, surtout dans la néphrite interstitielle. Cependant il a plusieurs fois entre nos mains, chez les cardiaques, diminué la quantité d'albumine; c'est un médicament à essayer.

Parmi les *venins*, l'*apium virus* (2e trit.) qui a donné

des succès dans les hydropisies, le *lachesis* (6e dil. et 3e trit.) et le *crotalus* (même dose) pourraient être donnés si les médicaments précédents ne réussissaient pas.

Enfin *plumbum* (12e dil. à 3e trit.) produit l'albuminurie chronique et la néphrite interstitielle ; malheureusement ce médicament ne donne pas toujours les résultats qu'on serait en droit d'en attendre.

Les complications éclamptiques seront traitées par les médicaments de l'*éclampsie*. (Voir cette maladie.)

L'hygiène est très importante pour la réussite de ce traitement. Nous conseillons pendant la période aiguë le séjour au lit, ou au moins à la chambre; les enfants doivent être très chaudement habillés, avoir de la flanelle sur la peau ; nous ne permettons les sorties que lorsque l'albumine est en petite quantité et seulement au soleil, avec toutes les précautions possibles pour ne pas se refroidir.

L'alimentation doit être exclusivement lactée pendant la période aiguë, et lorsque l'albumine est abondante ; lorsque l'amélioration s'établit, on permettra en outre les jaunes d'œufs, les crèmes, puis la purée de pommes de terre au lait, quelques légumes verts ; puis, progressivement, lorsque l'amélioration est considérable, un peu de poisson léger et du blanc de poulet.

RACHITISME

Le rachitisme est une affection cachectique survenant surtout pendant l'enfance et caractérisée par des déformations du squelette, produites par un trouble dans la formation du tissu osseux.

C'est pendant la première dentition, et surtout de dix-huit à vingt mois, que débute cette maladie; elle peut être, mais rarement, congénitale. Le plus souvent elle est causée par une mauvaise hygiène : manque d'air et de soleil, et principalement par une alimentation non en rapport avec l'âge de l'enfant; alimentation animale prématurée, surtout; des expériences sur les animaux ont montré qu'une nourriture non appropriée pouvait les rendre rachitiques. Les fièvres éruptives et la coqueluche peuvent favoriser son apparition.

Période prodromique. — Cette période peut être peu marquée et se borner au retard dans l'évolution des dents et à la persistance des fontanelles. Le plus souvent, on observera de la tristesse, de l'amaigrissement, de la pâleur; puis des vomissements, des selles diarrhéïques et mal digérées.

Dans les cas intenses, on pourra aussi constater un mouvement fébrile avec sueurs profuses, abattement considérable et douleurs dans les os, amenant des cris de douleur chaque fois qu'on remue les enfants.

Période de déformation. — Les déformations apparaissent différemment, suivant que les enfants ont ou n'ont pas commencé à marcher; dans le premier cas on voit successivement apparaître les déformations de la tête, du tronc, des membres supérieurs et inférieurs; c'est l'ordre inverse qui s'observe dans le second cas.

La tête présente la *persistance des fontanelles*, principalement de la grande fontanelle, qui reste ouverte souvent jusqu'à trois ou quatre ans; il en est de même des sutures. En outre, la tête

est très grosse à cause du développement anormal de la voûte du crâne, avec saillie des bosses frontales, allongement de la tête.

Le maxillaire inférieur participe à la déformation ; sa partie antérieure, comprise entre les canines, s'aplatit et devient à peu près plane au lieu d'être convexe en avant (Fleischmann) (1).

La dentition présente aussi des anomalies importantes : *retard dans l'apparition des premières dents, jusqu'au quinzième et vingtième mois; augmentation des intervalles* entre la sortie des différentes dents, allant quelquefois jusqu'à une interruption complète du travail de dentition ; *altération rapide des dents*, qui se carient et tombent de bonne heure.

Les déformations du thorax sont caractéristiques : saillie du sternum avec aplatissement des côtes (*poitrine en carène de vaisseau*); au-dessous de la neuvième côte, élargissement de la cage thoracique qui recouvre les viscères abdominaux ; les articulations chondro-costales et l'extrémité antérieure des côtes présentent des nodosités qui constituent le *chapelet rachitique*. Les viscères intra-thoraciques sont gênés dans leur développement; le cœur est plus rapproché de la paroi, d'où augmentation de la matité précordiale ; les poumons sont trop à l'étroit, ils deviennent souvent emphysémateux, et les maladies pulmonaires présentent presque toujours une plus grande gravité.

Le rachis est peu déformé ; il existe seulement une exagération de ses courbures normales, qui

(1) Klinik der Pædiatrik. Vienne, 1877, II, p. 15.

produit une sorte de gibbosité à la région dorsale et une ensellure lombaire.

L'abdomen, que l'on a comparé au ventre des batraciens, est gros et globuleux, à cause du refoulement en bas et en avant du foie et de la rate, par la déformation de la cage thoracique et de la colonne vertébrale, et par un développement exagéré du tube gastro-intestinal.

Le bassin est déformé par la pression des organes abdominaux ; il s'évase aux dépens du petit bassin, qui se rétrécit dans le diamètre antéro-postérieur, ce qui pourra plus tard entraver l'accouchement.

Du côté des membres nous trouvons deux déformations : les *noures*, qui consistent en gonflement des extrémités articulaires et qui sont surtout marquées aux poignets, aux malléoles et aux genoux ; les *courbures*, qui sont tantôt une exagération des courbures naturelles (fémurs, clavicules), tantôt des courbures anomales ; les jambes présentent une convexité antérieure, interne ou externe ; les avant-bras une convexité postérieure. Nous devons signaler aussi la facilité avec laquelle se font les fractures.

Période de terminaison. — La guérison est très fréquente ; lorsqu'elle doit se produire, les troubles dyspeptiques disparaissent, les forces reviennent, et dans les cas bénins les déformations disparaissent complètement et il ne persiste que des jointures un peu fortes et de la proéminence du front. Dans les cas plus étendus, les membres restent grêles, les déviations persistent plus ou moins.

La mort survient soit par la *cachexie* : diarrhée continuelle, catarrhe pulmonaire habituel, urines

abondantes, amaigrissement considérable; soit, ce qui est le plus fréquent, par une *affection intercurrente*, fièvre éruptive, broncho-pneumonie; le spasme de la glotte (1); les convulsions (2).

TRAITEMENT. — L'hygiène et principalement l'alimentation jouent un grand rôle, et dans le traitement curatif, et dans la prophylaxie du rachitisme. Ce que nous avons dit du rôle de l'alimentation animale prématurée quand nous avons traité des causes de cette maladie montre bien l'importance d'un régime alimentaire sévère chez les enfants, principalement chez ceux qui sont prédisposés au rachitisme.

Lorsque la maladie existe, ce régime est encore plus nécessaire. Nous renvoyons à ce que nous avons dit dans nos prolégomènes (3) à propos du régime.

Au point de vue thérapeutique, nous avons dans le rachitisme deux médicaments importants : *calcarea phosphatica* et *silicea* (12e ou 6e). Ces deux medicaments, soit préventivement chez les enfants dont la dentition est en retard ou irrégulière, soit comme traitement de fond, sont certainement ceux qui ont le mieux réussi entre nos mains. Nous les prescrivons d'ordinaire une semaine l'un, une semaine l'autre, deux doses par jour, et nous continuons pendant des mois, tant que la diarrhée ou

(1) Le Dr Gee, sur 50 cas de spasme de la glotte, a trouvé 48 fois des traces de rachitisme; 19 avaient eu aussi des convulsions (Bartholomew's Hospit. Rep., 1867).

(2) Der Weiche Kinderkopf, Dr Elsasser, Stuttgard.

(3) Voir page 7.

les bronchites ne nous obligent pas à une autre médication.

Le phosphate de chaux est prescrit par les médecins allopathes à des doses énormes dont une toute petite partie seulement s'assimile, pendant que presque tout est rejeté dans les selles. West dit excellemment que : « L'idée que le phosphate de chaux donné en fortes quantités est de nature à produire la guérison est une erreur physiologique. »

Teste (1) recommande *solubilis*, *colchicum* et *sulfur* comme les médicaments les plus importants, sans en donner les indications.

En dehors des médicaments purement homœopathiques, nous conseillons l'usage de l'*huile de foie de morue* lorsque les enfants l'acceptent facilement. Hartmann (2) ajoutait à son usage interne des frictions sur le ventre.

Il existe dans nos pharmacies, sous le nom de *saccharure d'huile de foie de morue* une préparation en poudre en contenant les principales substances actives (3) ; chez les enfants qui répugnent à l'huile en nature, on pourra en prescrire deux prises de 0,25 par jour.

Il est bon, pendant la période de ramollissement

(1) Traité homœopathique des maladies des enfants. J.-B. Baillière, 1850.

(2) Thérapeutique homœopathique des maladies des enfants. J.-B. Baillière, 1853.

(3) Voici sa composition exacte : *Iodium* (TM), *phosphorus* (TM), *sulfur* (TM), ââ 2 gr., *natrum muriat* (1re trit. déc.) 1 gr., huile d'amandes douces, 7 gr. et sucre de lait, 200 gr.

des os, de faire tenir les enfants dans le décubitus dorsal pour éviter les déformations ; les douleurs sont quelquefois si intenses que cette position est absolument néces-aire.

Les *bains salés* sont aussi un bon adjuvant.

Lorsqu'il existe des déformations considérables on procédera au redressement. Le Dr de Saint-Germain (1) recommande le redressement manuel : si l'os est encore malléable on peut par des manœuvres appropriées le redresser sans le fracturer ; si l'os est plus résistant on augmentera l'intensité des pressions. « A un moment donné, un craquement caractéristique se fait entendre. Vous avez fait l'*ostéoclasie* manuelle. » Cette fracture de l'os permet de mettre le membre dans une position normale ; aussitôt après « une bande de flanelle est mollement appliquée sur tout le membre, une bande plâtrée est placée au-dessus de la flanelle et, pour maintenir le redressement, le membre est compris entre deux attelles ouatées que l'on maintient dans une rectitude parfaite au moyen d'un tour de bande, jusqu'au complet dessèchement du plâtre. » On laisse l'appareil plâtré en place pendant vingt à vingt-cinq jours.

Lorsque l'os est très résistant on pourra être obligé de recourir à une opération plus complète, à l'*ostéotomie*.

Nous renvoyons pour le traitement des complications au traitement de la *diarrhée*, de la *bronchite*, etc.

Nous dirons cependant que les deux médicaments les mieux indiqués dans cette diarrhée acide, si fréquente chez les rachitiques, sont le *phosphori*

(1) Chirurgie des enfants. Paris, 1884.

cuprum (3e) et le *calcarea acetica* (3e trit.) que nous donnons alternés une dose toutes les deux heures.

PURPURA

Nous n'étudierons pas dans ce chapitre le purpura symptomatique qui se voit dans le cours des fièvres éruptives (formes hémorrhagiques), ni le purpura cachectique qui survient à la dernière période des maladies chroniques. Nous avons en vue le *purpura hemorrhagica*, la maladie de Werlhof, qui est caractérisée par une éruption de pétéchies, des hémorrhagies diverses et une cachexie particulière.

Cette affection est assez fréquente pendant l'enfance, surtout de 9 à 15 ans.

On en a distingué deux variétés : la *forme active*, qui surviendrait chez les enfants vigoureux souvent sans causes, quelquefois après un refroidissement ou un exercice musculaire exagéré, et dans laquelle chaque poussée d'éruption est précédée de symptômes congestifs ; la *forme passive*, qui se rencontre surtout chez les enfants délicats, mal nourris et dans de mauvaises conditions hygiéniques. Nous ne conserverons pas cette distinction dans notre description, nous contentant de la signaler ici.

L'invasion est tantôt subite, l'enfant présentant des *pétéchies* sans symptômes antérieurs, tantôt précédée de prodromes ; ceux-ci sont habituellement constitués par de la lassitude ou de la faiblesse, puis par un mouvement fébrile avec anorexie, nausées et vomissements : la fièvre peut être très intense et revêt quelquefois une marche intermittente.

Quoi qu'il en soit, les pétéchies se présentent sous la forme de petites taches d'un rouge vif, quelquefois légèrement saillantes, qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt ; ce sont de petites ecchymoses sous-cutanées, qui siègent surtout aux membres inférieurs, au dos et à l'abdomen, qui s'étendent, mais plus rarement, aux membres supérieurs.

En même temps, il existe souvent des douleurs assez intenses dans les mollets, les genoux et quelquefois un gonflement œdémateux assez dur de la jambe et du pied.

L'éruption se conduit comme une véritable ecchymose, c'est-à-dire qu'elle passe au vert bleuâtre, puis au jaune sale et disparaît. Il survient de nouvelles poussées, qui peuvent chaque fois s'accompagner de fièvre et des malaises que nous avons décrits ci dessus. Au lieu de simples pétéchies on peut quelquefois observer des taches irrégulières plus grandes qui se comportent du reste de la même manière.

Au moment des poussées de pétéchies, quelquefois avant même toute apparition et comme symptômes de début, les hémorrhagies surviennent ; ce sont elles qui constituent la gravité de la maladie et la distinguent du *purpura simplex*, qui se rencontre aussi chez les enfants ; cette affection, d une durée beaucoup plus courte, est tout à fait bénigne et se termine rapidement par la guérison.

L'*épistaxis* est la plus fréquente des hémorrhagies du purpura ; elle est abondante, se répète souvent plusieurs fois par jour. Les *hémorrhagies buccales*, 9 fois sur 19 cas (Rilliet et Barthez) (1), le *melæna*, l'*hématurie* sont encore assez fréquentes. L'*hématémèse*

est plus rare et l'*hémoptysie* exceptionnelle. Papavoine a observé des ecchymoses sous-conjonctivales et des hémorrhagies par les yeux et les oreilles (d'Espine et Picot).

Au début, les enfants supportent assez bien les hémorrhagies qui paraissent les soulager, mais dès qu'elles se répètent, ils deviennent très faibles ; les muqueuses sont décolorées, la peau transparente, d'une couleur de cire ; il existe de l'œdème de la face et des malléoles, quelquefois de l'albuminurie (Bouchut) (2), une tendance aux syncopes, de la cachexie.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, les symptômes s'amendent peu à peu, les hémorrhagies s'éloignent, les forces reviennent; la guérison peut survenir avant l'apparition des symptômes de la cachexie, après deux ou trois semaines de maladie ; mais le plus souvent elle n'a lieu qu'après plusieurs rechutes séparées par des intervalles de santé relative.

La mort survient soit par une hémorrhagie incoercible, ordinairement une épistaxis, soit par les progrès de la cachexie ; dans ce cas, les hémorrhagies se répètent, d'un sang pauvre et décoloré : le pouls est petit, misérable; il existe un souffle intense à la base du cœur, se prolongeant dans les carotides et la mort survient, quelquefois par une syncope, plus souvent dans le marasme.

La convalescence est longue et les rechutes faciles.

(1) Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2e édit. Paris, 1853.

(2) Traité pratique des maladies des nouveau-nés et de la seconde enfance, 4e édit. J.-B. Baillière, 1862.

TRAITEMENT. — Comme médicament de début nous avons la *belladone* (3e à 1re dil. déc.) qui est indiquée par les pétéchies, l'épistaxis et le mouvement fébrile; elle devra rapidement être remplacée dans les cas de moyenne intensité par le *phosphore* ou le *seigle ergoté* et dans les cas graves par le *lachesis* et l'*arsenic*.

Le *phosphore* (6e dil. et 3e trit.) répond aux pétéchies, aux ecchymoses, aux hémorrhagies petites et répétées, survenant par différentes voies et à l'adynamie; il convient surtout dans les cas où il y a peu ou pas de fièvre.

Le *seigle ergoté* (3e à 1re trit. déc.) convient aux cas plus intenses: hémorrhagies multiples et pétéchies, mais surtout prostration extrême, avec lipothymies, pouls petit, misérable, absent.

Le *lachesis* (6e dil. à 3e trit.) produit des hémorrhagies diverses, des extravasations sanguines dans les viscères, des pétéchies, une faiblesse extrême avec syncope et pouls imperceptible. C'est le médicament des cas très graves et nous avons coutume de l'alterner avec l'*arsenic* (3e trit.), qui répond aux mêmes symptômes et en outre à une agitation excessive, à une fièvre marquée avec chaleur intense.

Le *sulfate de quinine* a rendu des services entre les mains des allopathes : il nous paraît devoir être réservé aux variétés qui présentent une marche véritablement intermittente soit du mouvement fébrile, soit des autres accidents : la pathogénésie du quinquina reproduit du reste tout le tableau du purpura hemorrhagica. Nous administrons la substance elle-même; pour les doses, voir le traitement des fièvres intermittentes.

En dehors de ces médicaments, qui répondent au fond de la maladie, les médicaments des hémorrhagies, que nous passerons en revue en détail à propos de chacune d'elles, peuvent être indiqués : R. Hughes et Hale recommandent principalement l'*hamamelis* (TM); l'*ipeca* (1re trit. déc.), le *millefolium* (TM), etc., peuvent aussi rendre des services.

En cas d'hémorrhagies très abondantes, on pourra pratiquer des injections sous-cutanées d'ergotinine de Tanret. Pour l'épistaxis, le tamponnement deviendra parfois nécessaire.

La *transfusion du sang* sera parfois indiquée contre les hémorrhagies abondantes et répétées; elle a donné un succès à Bouchut (1) : les boissons alcooliques, eau-de-vie ou vins d'Espagne sont quelquefois avantageux.

Pendant la convalescence, le séjour à la montagne ou au bord de la mer seront des adjuvants utiles.

GOITRE ET CRÉTINISME.

Nous ne voulons que signaler ici le *crétinisme* qui débute ordinairement dès l'enfance; cette maladie est ordinairement caractérisée par un goitre, qui devient souvent énorme, mais qui peut complètement manquer dans quelque cas, et par un arrêt de l'intelligence, qui varie de la simple imbécillité à l'idiotisme complet.

Cette affection est incurable; des soins hygiéniques et une éducation appropriée amènent difficilement une légère amélioration.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, déc. 1878.

CHAPITRE III.

DES FIÈVRES

Nous étudierons successivement les *fièvres éruptives*, les *fièvres continues* et les *fièvres intermittentes*.

a). — **Fièvres éruptives.**

ROUGEOLE

La rougeole est une maladie très fréquente surtout de trois à dix ans ; elle est très rare avant six mois et frappe également les garçons et les filles ; c'est une maladie à laquelle peu de personnes échappent.

La rougeole est très contagieuse, se développe surtout au printemps sous forme d'épidémies, qui coincident souvent avec des épidémies de coqueluche et d'oreillons. Comme la plupart des fièvres éruptives, la rougeole ne récidive presque jamais. Elle est inoculable au moyen du sang, des larmes ou du mucus nasal.

L'*incubation* dure une dizaine de jours ; huit à neuf après inoculation.

Nous décrirons successivement la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne* et la *forme anomale*.

Forme commune. — La broncho-pneumonie est assez fréquente dans cette forme pour qu'on ait décrit une variété broncho-pneumonique (1) au lieu d'en faire une simple complication.

Période d'invasion ou catarrhale. — Le début de la rougeole est marqué par un mouvement fébrile intense avec froid et quelquefois avec frissons ; ceux-ci peuvent être remplacés par des convulsions chez les enfants très jeunes ; plus souvent, elles ne surviennent qu'au moment où l'éruption va se faire. En même temps coryza, d'abord avec enchifrènement, puis avec écoulement liquide abondant, éternuement et épistaxis. Les yeux sont rouges et gonflés, il existe de la photophobie et du larmoiement. La toux est sèche et fatigante.

La fièvre est rémittente, quelquefois véritablement intermittente ; elle va d'ordinaire en diminuant d'intensité, tandis que la toux augmente, devient plus rauque, spasmodique, incessante, s'accompagne parfois de l'expectoration d'un mucus filant et transparent ; on observe alors quelquefois de la *laryngite striduleuse.*

Vers la fin du troisième jour ou le quatrième jour la fièvre augmente; l'enfant souffre de la gorge, qui présente déjà un piqueté rouge caractéristique.

Période d'éruption. — Le quatrième jour au soir, ou dans la nuit qui sépare le quatrième du cinquième jour, l'éruption commence au cou, au menton et à la face ; elle s'étend ensuite aux mains, à la poitrine et aux membres. L'éruption débute par de petites papules rosées assez saillantes, qui s'é-

(1) P. Jousset. Eléments de médecine pratique, 2e éd., J.-B. Baillière, 1877.

tendent en taches irrégulières, plus foncées, festonnées et saillantes sur leurs bords. Il existe toujours des intervalles de peau saine. Les papules du début sont quelquefois plus saillantes et ressemblent grossièrement à l'éruption de la variole au début (*rougeole boutonneuse*).

Pendant l'éruption les symptômes de catarrhe et de toux persistent tout en diminuant, la fièvre diminue aussi ; les *épistaxis* et la *diarrhée* peuvent quelquefois constituer une complication sérieuse ; il en est de même des *vomissements*, mais beaucoup plus rarement.

Période de terminaison ou de desquamation. — Du septième au huitième jour de la maladie la fièvre tombe tout à fait et l'éruption commence à pâlir dans son ordre d'apparition ; les taches prennent une coloration sale qui donne à la peau un aspect tigré, elles ne disparaissent plus sous la pression du doigt.

La desquamation commence à la face, elle est *farineuse*, quelquefois très peu marquée ; elle dure de huit jours à trois semaines. Le sommeil et l'appétit reviennent ; la toux devient grasse et facile, et s'accompagne souvent de *crachats nummulaires* comme dans la phthisie.

La mort peut survenir dans le cours de la forme commune par convulsions, par épistaxis, mais le plus souvent par broncho-pneumonie.

La rougeole favorise le développement des affections scrofuleuses : ophthalmie, otite, méningite et surtout phthisie.

Variété broncho-pneumonique. — Beaucoup plus grave, cette variété est caractérisée par le dévelop-

pement d'une broncho-pneumonie vers la fin de la période d'éruption. La fièvre, au lieu de diminuer et de disparaître, augmente (40 à 41°), la respiration est très accélérée (40, 50, 80 R. par minute), la toux est plus fréquente ; les râles humides et sibilants se multiplient, puis apparaissent des râles sous-crépitants. Cette complication est très grave et c'est surtout par elle que la rougeole tue. Cette broncho-pneumonie, que nous décrirons plus tard en faisant les bronchites, emprunte à la rougeole un caractère de ténacité particulière.

Forme bénigne. — La fièvre de la période d'éruption manque : il n'y a que les symptômes de catarrhe ; au moment de l'éruption, la fièvre, ordinairement très légère, peut même manquer complètement.

Forme maligne. — Il y a deux variétés : *rougeole ataxique* et *rougeole hémorrhagique*.

Variété ataxique. — La période d'invasion est ordinairement plus longue ; la fièvre très vive, avec pouls fréquent, petit et faible ; on observe des vomissements, des diarrhées et des lipothymies.

L'éruption sort mal ; elle est pâle, irrégulière comme ordre d'apparition, débutant par le corps avec face presque indemne. Le mouvement fébrile est violent, 140 à 160 pulsations, et 40 à 41° de température. Il existe, en outre, une diarrhée abondante, de la stupeur, de la prostration, quelquefois du délire.

La mort est la terminaison fréquente de cette forme soit par l'exagération des symptômes ci-dessus, soit par une gangrène de la vulve, de la

bouche ou du poumon ; soit, mais plus rarement, par la diphthérie.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, le pouls et la fièvre diminuent et les forces reviennent.

Variété hémorrhagique. — Cette variété est assez analogue à la précédente, mais en outre il y a des hémorrhagies multiples et répétées, surtout des *épistaxis* et des *hémorrhagies intestinales*. L'éruption est entremêlée de pétéchies et de taches ecchymotiques irrégulières (*rougeole noire*).

La mort survient soit comme dans la variété précédente, soit par syncope ou par hémorrhagie.

Forme anomale. — La durée des périodes est anomale ; Barthez a observé une période d'invasion de seize jours ; on a décrit aussi des rougeoles sans catarrhe et d'autres sans éruption ; ces variétés ne sont pas encore très bien établies.

COMPLICATIONS. — Nous avons déjà parlé de la *broncho pneumonie*, qui est la plus grande cause de mortalité dans la rougeole ; nous pouvons ajouter que chez les enfants prédisposés, cette complication peut être le point de départ de la phthisie pulmonaire qui peut se développer à la suite de la rougeole même sans avoir été précédée de bronchopneumonie ; du reste, la rougeole amène souvent le développement d'affections scrofuleuses (engorgements ganglionnaires, tumeurs blanches, caries osseuses).

La laryngite qui existe dans tous les cas peut prendre un développement considérable et passer à l'état chronique.

La *diphthérie* pharyngée et laryngée viennent

quelquefois compliquer la rougeole et présentent ordinairement beaucoup de gravité.

Du côté des yeux, on peut observer une *conjonctivite* intense et rebelle avec gonflement des paupières, sécrétion de liquide muco-purulent et photophobie ; une *kératite ulcéreuse* et ce qui est moins grave, une *blépharite ciliaire* d'une chronicité désespérante.

Du côté des oreilles, nous trouvons l'*otite* qui est ordinairement très aiguë, avec douleurs si violentes qu'elles s'accompagnent de cris et quelquefois de délire et de convulsions, douleurs calmées au bout de quelques jours par la perforation du tympan et l'écoulement du pus ; cette otorrhée persiste quelquefois très longtemps et peut être le point de départ d'une carie du rocher avec écoulement prolongé et surdité incurable ; quelquefois même les symptômes d'acuité, les douleurs vives font défaut et l'affection est d'emblée chronique.

L'*albuminurie* peut être transitoire dans les rougeoles graves, ou est le symptôme d'une *néphrite* qui se développe sous l'influence de cette maladie (voir p. 27 et suiv.), et qui ne présente rien de particulier.

La *gangrène de la bouche* et la *gangrène de la vulve* sont assez rares ; ces complications très graves, qui ne surviennent guère que chez les enfants cachectiques et mal soignés, seront décrites aux maladies localisées.

La *diarrhée* très répétée, les *vomissements*, les *épistaxis* abondantes sont quelquefois, par leur intensité, de véritables complications.

TRAITEMENT. — La *prophylaxie* est presque toujours impuissante à cause du grand nombre de sujets prédisposés ; et aujourd'hui nous ne séparons les enfants d'une même famille, si l'un d'eux est atteint de la rougeole, que si nous avons affaire à des enfants en mauvaise santé.

La *pulsatille* (12e) et l'*aconit* (6e) ont été recommandés comme médicaments prophylactiques et Hartmann affirme avoir eu des succès avec la pulsatille.

Aconit (TM) a paru réussir à des enfants dans des pensionnats, mais n'a pas donné de résultat entre frères et sœurs ; cependant ceux qui ont été pris les derniers ont eu des symptômes atténués (P. Jousset).

Traitement de la forme commune. — L'*aconit* (TM) est indiqué au début par le mouvement fébrile, avec chaleur, soif et anxiété ; par la toux sèche et incessante et par l'éruption.

Pulsatilla (3e) correspond à une fièvre moindre, au coryza violent avec larmoiement et à l'éruption ; les symptômes d'otalgie et d'otite complètent l'indication.

Euphrasia (TM), qui produit un coryza fluent abondant avec écoulement considérable de larmes âcres et corrosives, sera alterné avec un des deux médicaments précédents si ce symptôme est bien marqué.

Nous ne ferons pas, à propos de la forme commune, le traitement détaillé de chaque complication et nous renvoyons à chacune d'elles pour les indications.

Nous dirons seulement que, lorsque la toux férine devient très fatigante et qu'elle résiste à l'emploi

de l'*aconit*, nous nous sommes bien trouvé de *viola odorata* (3e) ; ce médicament réussit bien dans les toux quinteuses ; il n'est pas absolument spécial aux homœopathes et a été recommandé par Cazin ; on a aussi donné *coffea* (3e) et R. Hughes conseille le *kali bichromicum* (3e).

Contre l'épistaxis et la diarrhée, *ipeca* (1re trit. déc.) nous a presque toujours suffi.

Dans la *variété broncho-pneumonique*, le traitement ordinaire de cette affection est indiqué ; nous le verrons du reste plus loin en détail ; l'alternance de l'*ipéca* (6e) et de la *bryone* (6e) nous réussit très souvent et cette complication si meurtrière entre les mains des allopathes guérit le plus souvent par notre thérapeutique ; si ces deux médicaments sont insuffisants on aura recours aux autres médicaments de la broncho-pneumonie et principalement à *pulsatilla* (6e ou 3e).

Traitement de la forme maligne. — L'*arsenic* (3e trit.) et le *lachesis* (6e dil. ou 3e trit.) sont les deux médicaments principaux et nous avons coutume de les alterner. Ces deux médicaments correspondent au collapsus, au pouls petit et inégal, à la chaleur sèche ; le lachésis convient, en outre, aux gangrènes et produit, à la suite des morsures, un exanthème livide assez analogue à celui de la rougeole maligne.

Chez un petit malade de 3 ans, que nous avons vu cette année et qui était atteint de rougeole maligne très grave, comme l'alternance de nos deux médicaments n'amenait pas une amélioration assez rapide, nous avons, tout en continuant le lachésis (3e trit.), remplacé l'arsenic par le *china* (TM) 2 gram-

BOSTON MEDICAL
JUL 19 1911

mes pour une potion de 125 grammes. Je dois dire que nous avons été amené à cette pratique par l'action remarquablement favorable de ce médicament dans l'érysipèle grave ; nous croyons que le china, à cette dose, est appelé à nous rendre de grands services dans le traitement des formes malignes des fièvres. Dans ce cas particulier, nous avons eu, du reste, un succès complet.

Dans la *variété hémorrhagique* nous conseillerions les mêmes médicaments, surtout le *lachésis;* le *phosphore* (6e) pourrait aussi agir favorablement.

Nous avons coutume de prescrire à tous les enfants ayant eu la rougeole, après toutes les formes de la maladie, le *soufre* (12e ou 30e,; ce médicament a été recommandé pour entraver le développement consécutif des affections scrofuleuses et de la phthisie en particulier.

Soins hygiéniques. — Le séjour au lit jusqu'à la fin de l'éruption et le séjour à la chambre jusqu'au vingt et unième jour sont nécessaires pour éviter les complications.

La diète pendant la fièvre doit être relative : bouillon et lait coupé de tisane ; on commencera à alimenter progressivement dès que la fièvre sera tombée. Dans les formes malignes, il faudra soutenir les forces en commençant l'alimentation le plus tôt possible et en donnant de l'eau rougie sucrée ou un grog léger.

ROSÉOLE

Cette fièvre éruptive très bénigne est caractérisée par une éruption de petites macules rouges, arron-

dies ou irrégulières, simulant quelquefois la rougeole, mais ne s'accompagnant pas du catarrhe oculo-nasal.

C'est une maladie contagieuse, épidémique et pouvant récidiver plusieurs fois chez le même sujet.

Dans sa FORME COMMUNE, l'éruption survient après quelques prodromes : fièvre, malaise, céphalalgie, quelquefois vomissements; dans quelques cas les prodromes sont intenses : fièvre vive, convulsions. L'éruption apparaît d'abord à la face, puis gagne le reste du corps; elle dure de vingt-quatre à quarante-huit heures; elle laisse après elle des macules jaunâtres. La fièvre tombe avec l'éruption et ne reparaît pas; l'éruption peut présenter plusieurs poussées successives.

Il existe une FORME BÉNIGNE caractérisée par l'éruption sans aucune espèce de fièvre ni de malaise.

TRAITEMENT. — Il est très simple : l'*aconit* (TM) s'il y a des symptômes fébriles; le *copahiba* (3e) si l'éruption récidive.

SCARLATINE

La scarlatine est une maladie fréquente dans l'enfance, mais moins que la rougeole; c'est surtout entre 3 et 10 ans qu'on l'observe; les épidémies surviennent principalement au printemps et pendant l'été.

Contrairement à l'opinion générale, nous croyons qu'elle est surtout contagieuse au début pendant l'éruption.

L'incubation serait extrêmement courte, de vingt-quatre heures à huit jours (d'Espine et Picot); dans deux observations absolument certaines, j'ai observé treize jours d'incubation.

FORMES. — La scarlatine se présente sous cinq formes distinctes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme angineuse*, la *forme maligne* et la *forme anomale*.

Forme commune. — *Période d'invasion.* — Cette période est très courte et varie de six à vingt-quatre heures. Elle débute par un mouvement fébrile intense (40° et 150 pulsations), un mal de gorge et des vomissements. Le pouls est petit, très fréquent; il y a un mal de tête très violent, avec prostration et somnolence, quelquefois du délire; le fond de la gorge présente une rougeur vive.

Période d'éruption. — L'éruption se montre presque en même temps aux joues, à la poitrine et au ventre, puis gagne les membres; elle est constituée par des plaques rouges, irrégulières, plus ou moins étendues, qui arrivent à se réunir, et alors la peau a une coloration rouge avec un pointillé plus foncé, tout à fait caractéristique; c'est sur l'abdomen et dans les plis articulaires qu'elle se montre le plus intense; l'éruption augmente jusqu'au 3e jour, reste stationnaire jusqu'au 5e et disparaît du 7e au 10e jour. Il existe en même temps du gonflement de la face et des extrémités. La peau est le siège de démangeaisons.

L'éruption est quelquefois mélangée de petites vésicules miliaires, mais on les observe plutôt dans la forme angineuse.

Le mouvement fébrile ne diminue pas au moment où l'éruption apparaît; il augmente plutôt et suit la marche de l'éruption, pour disparaître en même temps qu'elle.

L'angine suit ordinairement une marche analogue et augmente pendant les premiers jours de l'éruption; elle s'accompagne du gonflement des amygdales et des ganglions sous-maxillaires et quelquefois d'un léger enduit pultacé.

La langue au début est recouverte d'un enduit blanchâtre à travers lequel apparaît l'extrémité des papilles; les bords et le bout sont rouges et déjà dépouillés de leur épithélium. La desquamation du reste de la langue se fait rapidement et, avant la fin de l'éruption, celle-ci est complètement rouge avec saillie des papilles; elle ressemble à une fraise.

Période de desquamation. — Elle commence dès que l'éruption disparaît; elle se montre d'abord au cou et à la face, gagne le dos, le tronc et enfin les membres ; ce sont les mains et les pieds qui se dépouillent les derniers.

A la face, elle se fait par petites écailles, au tronc par plaques et aux extrémités par des lambeaux plus ou moins grands. Plus l'enfant est jeune, plus la desquamation se fait par écailles fines. Cette période se prolonge jusqu'au 20e ou au 40e jour.

S'il n'y a pas de complication, cette forme se termine par la guérison.

Forme bénigne.— Le mouvement fébrile est presque nul, l'angine est très modérée : l'éruption est ordinairement assez intense, cependant elle peut

être peu marquée et très courte, ne durant que trois ou quatre jours.

Forme angineuse. — Le mal de gorge domine et est souvent diphthéritique, l'éruption est mélangée de miliaire. Cette forme débute comme la forme commune ; mais l'éruption est constituée d'abord par de petites papules saillantes au toucher; cette miliaire rouge s'accompagne de la rougeur ordinaire de la scarlatine, mais les grains de miliaire persistent plus longtemps que le reste de l'éruption.

L'angine, qui est toujours intense, s'accompagne d'un gonflement ganglionnaire énorme et douloureux, et le plus souvent de fausses membranes diphthéritiques qui sont limitées au pharynx et quelquefois étendues au nez et au larynx.

Cette forme est toujours grave, surtout lorsqu'elle est accompagnée de diphthérie ; elle se termine par la mort vers le 7e jour ou plus tard par une des complications de la scarlatine ; lorsqu'elle doit guérir, l'angine diminue, les fausses membranes se détachent et la convalescence commence du 11e au 14e jour.

Forme maligne. — Nous avons quatre variétés : *l'ataxique*, l'*hémorrhagique*, la *gangréneuse* et la *diphthéritique*.

Variété ataxique. — Le mouvement fébrile est très intense (150 et 160 pulsations; 41°, 42° et même plus); les vomissements sont incessants, il y a du refroidissement, des lipothymies, du coma et le malade peut mourir même avant l'apparition de l'éruption; celle-ci est quelquefois abondante;

mais le plus souvent limitée aux poignets ou à quelques parties du tronc.

La fièvre ne diminue pas et s'accompagne de délire et de soubresauts des tendons. La mort survient presque toujours le 4e ou le 5e jour dans le coma, si le malade va jusqu'au 7e jour, il peut guérir.

Variété hémorrhagique. — Analogue à la précédente, cette variété présente, en outre, une éruption mélangée de purpura et d'ecchymoses et des hémorrhagies multiples. La mort est la conséquence de ces hémorrhagies et de l'intensité de la fièvre.

Variété gangréneuse. — Etat fébrile analogue à celui de la première variété et gangrène de la bouche, de la vulve ou des amygdales : il y a une grande prostration et du refroidissement ; cette variété est presque toujours mortelle.

Variété diphthéritique. — Cette variété débute ordinairement comme la forme commune, puis du 4e au 9e jour survient une angine diphthéritique le plus souvent mortelle. La fièvre se relève, les ganglions se tuméfient, les fausses membranes couvrent les amygdales, gagnent les fosses nasales et amènent la mort par prostration comme dans la diphthérie putride (voir *Diphthérie*) ; les fausses membranes peuvent aussi s'étendre au larynx et causer l'asphyxie.

Forme anomale. — On observe quelquefois chez des malades la maladie assez intense sans aucune éruption ; et alors il existe seulement la fièvre, l'angine, l'affection de la langue et la desquamation.

D'autres fois, la maladie est bénigne, l'éruption

manque complètement ou passe inaperçue et il n'existe qu'une des complications de la scarlatine, principalement l'anasarque.

Mon père décrit encore comme une forme anomale de la scarlatine une affection présentant une éruption hybride de rougeole et de scarlatine, dans laquelle, lorsque l'éruption rubéolique domine, l'angine scarlatineuse est plus intense que la bronchite, tandis qu'on observe le contraire lorsque c'est l'éruption scarlatineuse qui prédomine.

C'est là ce que les Allemands ont décrit sous le nom de *rotheln* et que quelques auteurs français appellent *rubéole*.

COMPLICATIONS. — Nous ne nous occuperons pas ici de la *diphthérie*, ni des *gangrènes* dont nous avons déjà parlé.

Pendant la *période d'invasion*, on observe assez rarement des *convulsions éclamptiformes*, qui sont extrêmement graves.

Pendant la *période d'éruption*, on peut observer la *méningite*, les *arthrites*, la *péricardite*, l'*endocardite*, la *pleurésie purulente* et le *phlegmon diffus*.

La *méningite*, la complication la plus fréquente, présente du délire, de l'agitation, puis de la somnolence et du coma (voir *Méningite aiguë*), la mort survient vers la fin du premier septénaire.

Les *arthrites*, improprement désignées sous le nom de *rhumatisme scarlatineux*, peuvent survenir aussi, mais plus rarement, pendant la période de desquamation; elles présentent des douleurs peu intenses, le plus souvent fixes et limitées à une ou deux jointures, principalement aux poi-

gnets ; d'autres fois, elles sont mobiles et peuvent s'étendre à toutes les articulations ; enfin elles peuvent suppurer. Elles s'accompagnent assez souvent d'*endocardite*, de *péricardite* et même de *pleurésie*. Ces phlegmasies peuvent, du reste, exister isolées chez les scarlatineux ; lorsqu'elles sont séreuses, elles guérissent ordinairement, mais l'endocardite peut être le point de départ d'une maladie organique du cœur.

La *péricardite* et la *pleurésie* peuvent être purulentes et lorsqu'elles se rencontrent avec des arthrites purulentes, elles forment une complication très grave, la *diathèse purulente*, secondaire à la scarlatine.

La *pleurésie purulente* peut exister seule et, quoique grave, est susceptible de guérison (voir *Pleurésie*).

Les *ganglions* sous-maxillaires engorgés, dont nous avons parlé dans notre description, peuvent suppurer et se comporter comme les abcès ganglionnaires habituels ; mais ils peuvent aussi être le point de départ de *phlegmons diffus*, s'accompagnant de suppuration considérable, quelquefois de gangrène et amener la mort par l'épuisement du sujet ; ils peuvent aussi se lier aux autres complications purulentes de la scarlatine et entrer dans la constitution de la *diathèse purulente* dont nous avons parlé plus haut. Lorsqu'ils guérissent, ils laissent après eux des cicatrices souvent difformes.

Pendant la *période de desquamation*, les complications observées sont l'*albuminurie*, l'*éclampsie*, l'*anasarque*, l'*œdème de la glotte*, le développement d'*affections scrofuleuses* et la *surdité*.

L'*albuminurie* que nous avons déjà décrite (voir

page 26) survient quelquefois dès la période d'éruption ; mais elle débute le plus souvent du 14e au 21e jour. Elle peut être latente jusqu'à l'apparition de l'anasarque, mais on observe ordinairement quand elle s'établit un redoublement fébrile, des urines sanguinolentes, des douleurs de reins et des vomissements.

Lorsque la complication est légère, l'albuminurie et l'anasarque disparaissent assez vite et tout rentre dans l'ordre ; autrement l'albuminurie peut amener des accidents encéphalopathiques (voir page 20) ou devenir le point de départ de la forme chronique de la maladie de Bright.

L'*éclampsie* est presque toujours liée à l'albuminurie; c'est alors une véritable urémie, qui guérit assez souvent.

L'*anasarque* suit la même marche que l'albuminurie, elle peut s'accroître très rapidement avec urines sanguinolentes, ou marcher lentement avec urines pâles : dans ces deux cas elle peut s'accompagner d'*œdème du poumon*, amenant l'asphyxie et la mort.

L'*œdème de la glotte* peut exister concurremment à l'anasarque ou comme phénomène isolé.

Comme après la rougeole, mais très rarement, on peut observer le développement d'*affections scrofuleuses* diverses (carie des vertèbres, otite, otorrhée).

La *surdité* sans otorrhée est plus fréquente et peut devenir définitive; chez les tout jeunes enfants elle peut être le point de départ de la *mutité*.

TRAITEMENT. — Comme *prophylaxie*, nous recommandons d'isoler les malades, car cette

maladie n'est pas, comme la rougeole, une maladie à laquelle on n'échappe pas et qu'on peut ainsi l'éviter pour toujours. L'administration de la *belladone*, préconisée par Hahnemann, a été considérée par certains auteurs comme une illusion ; beaucoup d'autres, qui ne sont pas homœopathes, et particulièrement notre ancien maître Bouchut, acceptent et emploient ce moyen. Pour nous, il nous paraît très naturel qu'un médicament qui produit sur l'homme sain une scarlatine artificielle, puisse par la loi de similitude, non seulement guérir, mais prévenir cette maladie. Une enquête sur plusieurs milliers de cas rapportés dans la Bibliothèque thérapeutique de Bayle (t. II) est en faveur de cette pratique. Nous avons l'habitude de prescrire *belladone* (TM), 5 gouttes pour 200 gr. une cuillerée chaque matin pendant trois semaines aux personnes exposées. R. Hughes considère la 3e dilution comme se rapprochant plus de la dose prescrite par Hahnemann. On peut observer après l'administration de ce médicament quelques symptômes pathogénétiques : sécheresse de la gorge et éruption scarlatinoïde ; mais l'affection de la langue n'existe pas, ce qui permet de reconnaître qu'on n'a pas affaire à une véritable scarlatine.

Traitement de la forme commune. — Les deux médicaments principaux sont *belladone* (TM) et *stramonium* (TM). Ils correspondent tous les deux au mouvement fébrile intense, avec pouls dur et fréquent, au délire fébrile, à l'éruption scarlatiniforme, à la langue d'abord blanche, puis dépouillée et rouge, à la sécheresse de la gorge avec rougeur intense, douleur se propageant à l'oreille et tumé-

faction des amygdales. Le *stramonium*, qui produit un délire plus violent et des symptômes plus intenses, sera indiqué dans les cas plus violents que la *belladone*.

On se trouvera bien lorsque la fièvre est très vive, d'alterner *aconit* (TM) avec un des deux précédents médicaments.

R. Hughes recommande aussi le *gelsemium sempervirens* (TM) sans donner d'indication particulière.

Traitement de la forme angineuse. — *Aconit* (TM) est ici le principal médicament, et les solanées ne paraissent pas réussir. L'aconit est indiqué par le mouvement fébrile avec délire, par la langue blanche, par la rougeur de la gorge et par une éruption rouge de petites papules.

Lorsque les symptômes angineux se prononcent nous remplaçons promptement l'aconit par *baryta carbonica* ou par *cyanure de mercure*.

Baryta carbonica (6e dil. ou 3e trit.) produit une angine intense avec fièvre, courbature, rougeur et gonflement du voile du palais et des amygdales; il n'est indiqué que lorsqu'il n'y a pas de productions diphthéritiques. Dans ce dernier cas, c'est le traitement de la diphthérie qui convient et en particulier *cyanure de mercure* (6e dil. ou 3e trit.), *lachesis* (6e dil. ou 3e trit.). Nous ne pouvons que renvoyer au traitement de cette maladie.

Traitement de la forme maligne. — Dans la varieté ataxique nous recommandons deux médicaments : l'*ailanthus glandulosa* et l'*arsenic*. Le *china* (TM) 2 à 3 gr., qui réussit si bien dans l'érysipèle grave, qui nous a paru modifier avantageusement une

rougeole maligne, pourrait être essayé dans toutes les variétés.

Ailanthus glandulosa (1re dil. déc. et TM) est un médicament très recommandé en Amérique ; sa pathogénésie nous paraît du reste bien correspondre à la scarlatine maligne. Les Drs Wells et R. Hughes disent qu'il est indiqué par le mouvement fébrile violent, les symptômes cérébraux et une éruption incomplète. Nous n'avons pas heureusement en France à traiter beaucoup de scarlatines malignes et notre expérience clinique est encore un peu pauvre à propos de ce médicament.

Nous croyons que l'*arsenic* (3e trit.), qui répond au collapsus, au pouls petit et irrégulier, à la chaleur sèche ou aux sueurs visqueuses, à un état général grave, pourra être associé au médicament précédent avec avantage.

Dans les *variétés hémorrhagiques* et *gangréneuses*, l'*arsenic* (3e trit.), indiqué par les symptômes ci-dessus, par la tendance aux hémorrhagies et à la gangrène et le *lachésis* (6e dil. ou 3e trit.) sont les deux médicaments principaux. Ce dernier produit des symptômes très caractéristiques : dépression, peau livide par places, érythème scarlatinoïde et purpura, fièvre vive avec chaleur sèche et délire, langue rouge et fendillée, angine avec sécheresse et rougeur ; hémorrhagies multiples et gangrène. Les médicaments indiqués au chapitre de la gangrène de la bouche et de la gangrène de la vulve (voir ces affections) pourront aussi être utilisés.

La *variété diphthéritique* sera traitée comme la forme putride de la diphthérie (voir cette maladie).

Le *carbo vegetabilis* (30e ou 12e) pourra rendre

des services dans le traitement de toutes les variétés de la forme maligne, lorsque l'état deviendra très grave et que les autres médicaments auront échoué; ce sera notre dernière ressource médicamenteuse.

Les *affusions froides*, les *bains à* 26° ont donné quelques succès dans le traitement de la forme maligne; ils sont indiqués par l'hyperthermie et le collapsus. Nous préférons les affusions froides avec une éponge, faites sur le ventre, la poitrine et les cuisses, suivies de frictions sèches pour amener la réaction : ce sont des moyens qu'il faut réserver pour les cas très graves, car ils sont difficiles à faire accepter par les parents des petits malades; ils peuvent cependant produire des résultats très favorables dans des cas paraissant désespérés.

Traitement des complications. — Nous renvoyons aux chapitres *rhumatisme* (voir p. 14), *endocardite*, *péricardite*, *pleurésie*, *méningite*, *diphthérie*, *albuminurie* (voir p. 29), *éclampsie*, *œdème de la glotte*, etc., pour le traitement des complications. Pour le traitement des engorgements ganglionnaires et des bubons scarlatineux, nous renvoyons au traitement de la scrofule (voir p. 21), quoique cette maladie n'ait aucune influence sur le développement de cette complication dans la scarlatine, mais parce que le traitement est le même.

Nous ne parlerons ici que du traitement de l'*anasarque sans albuminurie*.

Helleborus niger (6e ou 3e), dont la pathogénésie contient la production d'œdème sur plusieurs points du corps, est celui qui réussit presque toujours (P. Jousset); à son défaut, nous aurions recours à *apis*

(3e trit à TM) ou *apium virus* (2e et 1er trit.), à *china* (3e trit.) et à *arsenic* (3e trit.).

Le régime lacté viendra aider le traitement; l'usage du lait en grande quantité nous paraît du reste très avantageux pendant toute la durée de la scarlatine.

Soins hygiéniques. — Nous conseillons le séjour au lit jusqu'à la fin de l'éruption seulement; quelques médecins font rester l'enfant couché jusque vers le 20e jour; cela nous paraît exagéré. Le séjour à la chambre, complètement fermée, sans y laisser pénétrer l'air extérieur, doit être prolongé jusqu'à la fin de la desquamation, c'est-à-dire en général jusqu'au 40e jour; cette sévérité paraît excessive, surtout pendant l'été; mais nous connaissons deux enfants, qui n'ayant eu qu'une scarlatine très légère pendant le mois de juillet, sortirent vers le 25e jour et furent pris d'anasarque.

VARIOLE

La variole est une maladie très grave, autrefois très fréquente pendant l'enfance, mais qui est devenue rare depuis la découverte de la vaccine. Aussi n'observe-t-on plus d'ordinaire chez les enfants que la forme anomale, la *varioloïde*.

Cette maladie est contagieuse et inoculable; elle peut se montrer à tous les âges, non seulement chez le nouveau-né, mais même pendant la vie intra-utérine : lorsqu'une femme accouche pendant le cours de la variole, l'enfant peut venir au monde avec des pustules varioliques; mais ordinairement

la maladie se développe du 6e au 9e jour après la naissance (d'Espine et Picot).

La variole commence après une période d'incubation variant de 11 à 15 jours : si elle a été inoculée, elle débute au bout de 7 à 11 jours.

Comme la variole est aujourd'hui rare pendant l'enfance et comme elle ne présente pas de différence avec celle de l'adulte, nous la décrirons assez rapidement.

FORMES. — Elle peut revêtir quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme maligne*, et la *forme anomale*.

FORME COMMUNE. — *Période d'invasion.* — La maladie débute par un frisson, suivi d'un mouvement fébrile (39 à 41°) présentant peu de différence entre le matin et le soir, par des vomissements, de la céphalalgie et de la rachialgie ; si avec ces symptômes on observe de la constipation et de la tendance à la sueur, le début est tout à fait caractéristique. Dans les cas intenses, il y a en même temps somnolence et délire ; quelquefois des convulsions, surtout chez les tout jeunes enfants, convulsions pouvant déterminer la mort.

Avant l'apparition de l'éruption vraie, on peut voir, surtout le 2e jour, survenir un *rash*, éruption généralisée ayant l'aspect de la rougeole et surtout de la scarlatine.

Période d'éruption. — Le soir du 4e jour ou le 5e, au matin, l'éruption apparaît à la face (1) ; en même

(1) Chez les enfants très jeunes, l'éruption peut se montrer au début simultanément à la face, aux fesses et dans l'aine (d'Espine et Picot).

temps la fièvre diminue et tombe complètement : le 5e jour, l'éruption est constituée par des papules acuminées, très petites; le 2e jour de l'éruption, les papules se montrent au tronc et aux membres; celles qui datent de la veille sont déjà surmontées d'une vésicule; le 3e jour, les boutons s'élargissent, le liquide des vésicules devient opalin, quelques-unes s'ombiliquent. Le 4e jour, elles sont toutes ombiliquées à la face et se touchent (*variole cohérente*).

Il existe des vésicules au cuir chevelu, à la paume des mains et à la plante des pieds; le pharynx et la muqueuse buccale sont ordinairement envahis par une éruption analogue et de la salivation se produit.

Période de suppuration. — Dès le 9e jour de la maladie, le 5e de l'éruption, la suppuration s'établit : les pustules s'élargissent encore; il existe de la tuméfaction de la face et des extrémités ; les paupières sont fermées; en même temps la fièvre reparaît, souvent plus violente que celle qui existait avant l'éruption (39 à 41°); elle présente des oscillations de un demi-degré entre le soir et le matin.

Le 11e jour, 3e de la suppuration, la salivation visqueuse est abondante.

Période de dessiccation. — Le 13e jour, la fièvre disparaît tout à fait ou diminue beaucoup; les pustules commencent à se dessécher dans l'ordre de leur apparition, c'est-à-dire à la face; elles se rompent et laissent suinter un liquide jaunâtre et épais, puis se recouvrent d'une croûte d'abord brune, puis noirâtre; ces croûtes tombent et sont remplacées par de plus minces, puis par des squames; lorsque

tout est tombé, il persiste de petites cavités, puis une rougeur pendant six semaines ou deux mois.

La guérison survient par la chute de la fièvre de suppuration et par une convalescence assez rapide.

La mort peut être causée par une complication ou pendant la fièvre de suppuration : dans ce cas, le pouls devient petit et irrégulier, la peau se refroidit, les malades sont somnolents et la mort est la conséquence d'une asphyxie par cessation des fonctions de la peau. D'autres fois, au contraire, elle est causée par l'augmentation du mouvement fébrile.

Variété confluente. — Cette variété est plus intense, la période d'invasion ne dure que trois jours. L'éruption est si rapprochée à la face que les vésicules se confondent et forment pendant la suppuration comme une pustule unique. La fièvre diminue peu ou pas, à l'apparition de l'éruption, ce qui est d'un mauvais pronostic; la salivation et le gonflement sont énormes; la mort s'observe dans des proportions considérables.

Forme bénigne. — Cette forme est caractérisée par une *éruption discrète*, c'est-à-dire que les pustules sont très séparées. La marche est absolument la même que dans la forme commune (variété *cohérente*), sauf que tous les symptômes sont atténués et que la fièvre est peu intense.

Forme maligne. — Nous distinguerons deux variétés : la *variole ataxique* et la *variole hémorrhagique.*

Variole ataxique.— Elle présente elle-même deux

variétés, suivant que l'éruption est *discrète* ou *confluente*, mais la marche de la maladie est la même dans les deux cas.

Pendant la période d'invasion, nous avons une exagération de tous les symptômes (céphalalgie, rachialgie, somnolence, délire), principalement des vomissements qui sont répétés. La fièvre peut aussi être augmentée de violence; d'autres fois, la peau est froide et le pouls petit.

Si l'éruption doit être discrète, elle se fait attendre quelquefois jusqu'au 7e jour, elle est irrégulière comme évolution. Lorsqu'elle doit être confluente, elle apparaît au contraire très rapidement, quelquefois dès le 2e jour. Dans les deux cas, la fièvre augmente au moment de l'éruption et la mort peut survenir pendant la période d'éruption, avec des diarrhées répétées, des sueurs abondantes, un délire furieux ou un coma profond.

La fièvre de suppuration est très intense et celle-ci se fait très irrégulièrement; des convulsions, du coma, des pneumonies, des angines, des gangrènes (bouche, gorge, poumon et même peau), viennent terminer la scène. Si la maladie guérit, la période de dessiccation se passe normalement.

Variole hémorrhagique. — Il existe deux variétés très distinctes: la *variété hémorrhagique discrète* et la *variété hémorrhagique confluente.*

Variété discrète. — Les symptômes de la période d'invasion sont peu intenses surtout comme fièvre: mais il existe un rash scarlatineux livide, quelquefois entremêlé de purpura, et il y a souvent des vomissements incessants. Les hémorrhagies (épistaxis, hématurie, mélæna, etc.), apparaissent du 4e au

7e jour. Les pustules se remplissent de sang. La fièvre peut être nulle et le malade meurt en pleine connaissance.

Variété confluente. — L'éruption est confluente, la fièvre très violente, la marche de la maladie est absolument la même que celle de la variole ataxique, en y ajoutant les pustules sanglantes, le purpura et les hémorrhagies multiples.

Forme anomale. — Il peut y avoir des anomalies d'éruption ; mais la forme anomale la plus habituelle est la *varioloïde*, variole modifiée par la vaccine ou par une variole antérieure.

La *varioloïde* est caractérisée par la suppression de la fièvre de suppuration ; elle peut présenter les symptômes des formes que nous avons décrites et débuter avec une apparence très grave. La fièvre cesse au moment de l'éruption et ne reparaît pas au moment de la suppuration qui est ordinairement insignifiante: les pustules sont peu ombiliquées, la dessiccation est rapide et les boutons ne laissent pas de marques après eux, ou en laissent très peu. Suivant que la variole antécédente est plus ou moins complète, ou que l'immunité vaccinale est plus ou moins affaiblie, on observe des varioloïdes plus ou moins atténuées.

COMPLICATIONS. — La *diathèse purulente* vient quelquefois causer la mort ; elle se développe ordinairement pendant la période de suppuration et peut présenter des phlegmasies purulentes extrêmement graves (pleurésies, arthrites, abcès multiples). Dans ces cas le mouvement fébrile devient rémittent avec de violents frissons.

Des *abcès sous-cutanés* et des *furoncles* multiples se présentent aussi pendant la variole, mais leur pronostic est en général sans gravité.

L'*ophthalmie* peut être très grave dans la variole confluente lorsqu'elle est amenée par des pustules développées sur les conjonctives ; elle peut être suivie de la perte de l'œil ; dans la convalescence, on observe aussi de la *blépharite* avec chute des cils.

L'*albuminurie* est ordinairement transitoire et ne détermine presque jamais de maladie de Bright.

On a signalé aussi des *endocardites* et des *péricardites* légères. Desnos et Huchard attribuent la mort subite qui se voit dans les varioles malignes à une dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque. L'*otite purulente*, la *laryngite* avec *nécrose des cartilages* sont des complications rares. D'Espine et Picot signalent aussi une *entérite ulcéreuse* du côlon avec diarrhée abondante et quelquefois mortelle.

TRAITEMENT. — La *prophylaxie* consistait avant la découverte de la vaccine dans l'*inoculation préventive* ; mais, quoiqu'on n'inoculât que des varioles bénignes, il s'ensuivait quelquefois des formes malignes suivies de mort. Aujourd'hui la *vaccine* est le moyen prophylactique par excellence ; nous lui consacrons une étude spéciale à la suite de la variole.

Quelques homœopathes ont aussi conseillé l'administration de *vaccinium* (3e trit.) et R. Hughes rapporte à ce sujet les expériences de plusieurs de nos confrères. La vaccination nous paraît de beaucoup préférable.

L'*isolement* des varioleux est en outre nécessaire.

Traitement de la forme commune. — L'*aconit* (TM) est le médicament du début; il correspond au mouvement fébrile et à l'agitation; il s'administre aussi pendant la période de suppuration; c'est, du reste, le médicament le plus important de la *diathèse purulente*, lorsque le mouvement fébrile est continu; il trouverait donc son emploi contre cette complication.

Le *rhus toxicodendron* (3e) correspond à un état fébrile caractérisé par des alternatives de chaleur et de frisson, à la rachialgie, à la salivation, à la diarrhée, au gonflement de la face et à l'éruption; c'est donc un médicament important.

L'*opium* (TM ou 1re trit.) était le médicament favori de Sydenham; il est indiqué par l'assoupissement, les vomissements; c'est lorsque ces symptômes prédomineront qu'on l'administrera.

Le *tartarus emeticus* (3e trit. à 1e trit.) présente une image assez complète de la variole : mouvement fébrile violent, rachialgie, somnolence, éruption dans la gorge et à la peau et vomissements; c'est lorsque ces derniers sont abondants et répétés que R. Hughes conseille ce médicament.

Mercurius solubilis (3e trit.) est recommandé pendant la période de suppuration; il est indiqué par la fièvre, la somnolence et l'éruption.

Vaccinium (3e trit.), peu employé jusqu'ici en France, paraît avoir donné de grands succès à nos confrères anglais. R. Hughes rapporte d'après d'autres auteurs qu'il a une action si rapide sur cette maladie, que 24 heures après son administration, l'amélioration se fait sentir, les boutons se rident, se ratatinent et se dessèchent. C'est un traitement

que nous sommes prêt à expérimenter à la première occasion.

Traitement de la forme maligne. — Dans la *variété hémorrhagique*, il y a peu à espérer; nous avons recours au *phosphore*, au *lachésis* et au *secale cornutum*.

Phosphorus (3e trit.) correspond à l'état général grave avec collapsus, aux hémorrhagies multiples et à l'éruption; nous l'alternons ordinairement avec le suivant.

Le *lachésis* (3e trit.) est indiqué par les mêmes symptômes que le précédent; en outre il répond à une soif inextinguible, à des vomissements incessants, à une rachialgie considérable et au rash scarlatineux. En Angleterre on remplace souvent ce médicament par *crotalus* (3e trit.), qui a une action analogue.

Le *secale cornutum* (1re trit.) qui correspond aux pustules noires et gangréneuses, au refroidissement, au pouls petit et supprimé, aux hémorrhagies, pourra être donné en cas d'insuccès des deux médicaments précédents.

Dans la *variété ataxique*, nous alternons le *lachésis* (3e trit.) et l'*arsenic* (3e trit.) qui sont indiqués par la grande faiblesse, l'anxiété, la petitesse du pouls, les sueurs froides et visqueuses, les lipothymies.

Lorsqu'il existe de la diarrhée involontaire, on administre *muriatis acidum* (3e) ou *phosphori acidum* (3e); le premier lorsque les selles sont d'un jaune foncé, le second lorsqu'elles sont blanchâtres.

Enfin *carbo vegetabilis* (30e) pourra nous rendre des services lorsque l'état sera tout à fait désespéré.

Soins hygiéniques. — La grande chaleur dans la chambre, les couvertures nombreuses sont plutôt mauvaises. J.-P. Tessier faisait lever les malades, autant que cela était possible ; il faisait aérer largement la chambre pour lutter contre l'asphyxie cutanée.

Les divers moyens employés pour faire avorter les pustules et préserver des marques de la petite vérole (emplâtre de Vigo, onguent mercuriel, etc.) nous paraissent plutôt nuisibles parce qu'ils peuvent modifier la marche de la maladie. On a conseillé dans le même but de maintenir les malades dans une obscurité absolue pendant la durée complète de la maladie.

Nous conseillons l'ouverture et la cautérisation au nitrate d'argent des pustules qui viennent au bord libre des paupières et sur la conjonctive; c'est un moyen d'éviter les ophthalmies graves.

VACCINE

La vaccine est une affection produite par l'inoculation d'une maladie pustuleuse survenant spontanément chez les vaches, le *cow-pox*. Cette affection préserve de la variole parce qu'elle est analogue, parce qu'elle est homœopathique à cette maladie.

Le meilleur vaccin est la sérosité qu'on prend sur les vaches atteintes de *cow-pox*, mais il est fort rare et on le remplace dans la pratique ordinaire par du vaccin transmis à l'enfant et cultivé ainsi d'enfant à enfant; c'est le sixième et le septième jour le meilleur moment pour prendre la sérosité vaccinale; pour éviter la transmission de la syphilis, qui

peut se faire par la vaccination, on remplace le vaccin d'enfant par celui que l'on a inoculé à des génisses et que l'on reproduit ainsi artificiellement.

Nous nous servons ordinairement de vaccin de génisse préparé à l'Institut vaccinal de Lancy (Genève) qui nous est envoyé en plaques et qui prend le plus souvent très bien.

La *vaccination* se fait en introduisant avec une lancette un peu de vaccin sous l'épiderme. Il vaut mieux remplacer cette inoculation par des scarifications superficielles sur lesquelles on applique la sérosité vaccinale.

On vaccine ordinairement au bras, un peu au-dessous de l'épaule et on fait trois inoculations à chaque bras; comme les cicatrices ont une tendance à descendre par la croissance, on devra vacciner le plus haut possible; on peut du reste le faire partout ailleurs et quelques mères font inoculer leurs filles à la jambe.

S'il existe un petit nævus, il vaudra mieux vacciner à son niveau, parce que c'est souvent un moyen de guérison.

On peut vacciner à tout âge, et s'il y a une épidémie, dès le 8e jour; sans cela il vaudra mieux le faire après la 6e semaine.

Le 3e ou le 4e jour après l'inoculation, on commence à apercevoir une petite papule qui grossit peu à peu, forme une vésicule, qui s'ombilique le 6e jour, s'entoure d'une auréole inflammatoire, suppure vers le 9e jour avec gonflement du bras, quelquefois avec un peu de fièvre. Le 11e jour la dessiccation commence, la pustule se recouvre d'une croûte, qui devient noire les jours suivants et ne

tombe que du 20e au 25e jour. Elle laisse à sa suite une cicatrice ordinairement indélébile.

L'éruption est plus lente à se produire, et retarde d'un à deux jours en hiver lorsque le froid est intense; elle est reculée quelquefois sans aucune espèce de cause; les fièvres éruptives intercurrentes arrêtent son évolution, qui reprend après la fin de ces maladies.

On voit quelquefois se développer des pustules en dehors des points d'inoculation; d'autres fois, il se fait des poussées secondaires d'éruption.

Comme complication on a noté l'*érysipèle*, des *ulcérations chroniques* à la place des pustules et de petits *phlegmons* de voisinage qui peuvent siéger dans des glandes.

La *syphilis* peut être causée par le vaccin d'un enfant syphilitique, surtout si on a inoculé un peu de sang avec la sérosité; dans ce cas on voit se développer au lieu des pustules vaccinales une papule syphilitique et le cortège habituel de cette maladie. On conseille, pour éviter cette complication, de prendre comme vaccinifères des enfants de plus de six mois. Le vaccin provenant de la génisse met complètement à l'abri de cette complication.

On ne connaît pas la durée de l'immunité produite par la vaccine, on doit donc revacciner en temps d'épidémie et dans tous les cas de temps à autre. La *revaccination* peut produire une éruption vaccinale véritable; souvent elle ne produit que de la fausse vaccine, et quelquefois rien du tout.

La fausse vaccine est caractérisée par des vésicules plus ou moins grosses et non ombiliquées qui fournissent un liquide non inoculable.

VARICELLE

C'est une fièvre présentant une éruption vésiculo-pustuleuse. Elle se voit presque exclusivement pendant l'enfance et surtout de 2 à 6 ans. Maladie épidémique et contagieuse, et très difficilement inoculable (d'Espine et Picot) ; quoiqu'on considère les récidives comme rares, nous en avons observé plusieurs.

Désignée sous le nom de *petite vérole volante*, la varicelle est considérée par quelques auteurs comme une atténuation de la variole. C'est cependant une maladie absolument spéciale parce qu'elle survient chez les enfants récemment vaccinés ou variolés et qu'elle ne confère aucune espèce d'immunité contre la variole.

L'incubation de la maladie paraît être de quatorze à quinze jours ; huit jours après l'inoculation.

La FORME COMMUNE débute par un mouvement fébrile, ordinairement peu intense, mais qui peut cependant être très marqué ; l'éruption apparaît le plus souvent vingt-quatre heures après ; quelquefois elle survient en même temps. Elle débute ordinairement par le tronc pour gagner la face et les membres, et commence par une petite papule arrondie, d'un rouge foncé, qui se recouvre bientôt d'une petite vésicule transparente remplie d'un liquide clair comme de l'eau ; cette vésicule s'élargit, le liquide se trouble, devient purulent ; quelques-unes de ces pustules sont un peu ombiliquées, d'où une ressemblance grossière avec la variole. Le quatrième jour la dessiccation commence, et le septième jour il

existe sur chaque bouton une croûte brunâtre qui tombe rapidement en laissant une trace rougeâtre, qui disparaît sans cicatrice, à moins que le bouton n'ait été écorché.

Souvent, avant que la dessiccation soit complète, il survient une nouvelle poussée, suivie elle-même d'une troisième, ce qui fait qu'on peut observer chez les mêmes malades des boutons à des périodes différentes d'évolution.

Chez quelques enfants nous avons observé une éruption analogue sur la muqueuse de la bouche et de la langue, éruption assez semblable aux aphthes comme aspect et qui gêne l'alimentation.

La FORME BÉNIGNE est caractérisée par l'absence complète du mouvement fébrile.

TRAITEMENT. — La maladie n'étant jamais grave, le traitement se réduit à peu de chose. Cependant nous conseillons *aconit* (TM) contre la fièvre du début; *hepar sulfuris* (3e trit.), *croton* (3e trit.) et *tartarus emeticus* (3e trit.) contre l'éruption, surtout s'il y a plusieurs poussées; le dernier médicament nous a très bien réussi lorsque l'éruption s'étendait à la muqueuse de la bouche.

FIÈVRE ORTIÉE

Nous décrirons sous ce nom une petite maladie de l'enfance caractérisée par un mouvement fébrile assez intense et par une éruption d'*urticaire*.

Elle est souvent consécutive à une mauvaise digestion et à certains aliments (moules, écrevisses, œufs de poisson, etc.).

Elle débute par un mouvement fébrile assez violent, avec agitation, angoisses, lipothymie, vomissements et diarrhée. Très rapidement, dès le 1er jour de la maladie, l'urticaire apparaît à la face, aux cuisses, aux avant-bras et au tronc : elle est caractérisée par des plaques rouges irrégulières sur lesquelles se montrent des saillies blanches arrondies; l'éruption s'accompagne de prurit et, après grattage, de cuisson; elle produit souvent aussi un gonflement assez notable. L'éruption disparaît assez vite pour reparaître très facilement. La maladie dure de 4 à 7 jours.

L'*urticaire* peut se montrer en dehors de la fièvre ortiée. Ce n'est plus alors qu'une affection de la peau qui ne présente aucune gravité mais qui récidive fréquemment (voir plus loin).

TRAITEMENT. — Pendant la période fébrile nous avons surtout trois médicaments : *apium virus*, *camphora* et *antimonium crudum*.

L'*apium virus* (3e et 2e trit.) convient à la fièvre avec angoisse, à l'état lipothymique, aux vomissements et à la diarrhée.

Camphora (TM) correspond à un état d'apparence plus grave avec refroidissement et syncopes; l'esprit de camphre s'administre par gouttes sur du sucre, une goutte toutes les deux heures.

L'*antimonium crudum* (1re trit.) est le médicament le plus important lorsque les symptômes de début sont d'une apparence moins grave; il est indiqué par l'anorexie, la diarrhée, les vomissements avec langue chargée; il produit aussi une éruption analogue à l'urticaire; il pourra donc être continué lorsque l'éruption persistera seule.

Lorsqu'il n'y aura plus que l'éruption, on donnera l'*antimonium crudum* ou les médicaments suivants : *urtica urens*, *astacus fluvialis*, *chloral*. Ces trois médicaments correspondent à l'éruption ; les deux premiers s'administrent à la 3e ; le *chloral* se donne en substance 0,10 à 0,25 dans une potion à prendre par cuillerées ; on se trouve bien souvent de faire en même temps des lotions avec une solution de chloral au 1/100.

Ces derniers médicaments sont aussi ceux de l'urticaire simple.

ÉRYTHÈME NOUEUX

C'est une fièvre éruptive caractérisée par une éruption d'érythème noueux et par des douleurs articulaires.

Rilliet et Barthez signalent qu'ils ont observé, pendant les quinze jours qui précèdent la maladie, des malaises, de l'amaigrissement et de la tristesse ; ces prodromes seraient pour ces auteurs assez analogues à ceux qui se montrent avant la méningite tuberculeuse et pouraient faire craindre cette maladie ; ils disparaissent au moment du début.

Au début la fièvre est vive et s'accompagne de vomissements et d'angine comme pour la scarlatine ; l'éruption apparaît dès le premier jour aux membres et à la face ; elle est constituée par de grosses papules qui ont une base indurée, qu'on peut saisir entre les doigts ; rouges au début, elles prennent les différentes colorations de l'ecchymose et disparaissent vers la fin du premier septénaire ;

d'ordinaire la fièvre qui a disparu au moment de l'éruption, reparaît et il se fait une nouvelle poussée, puis le plus souvent une troisième.

En même temps que l'éruption, on observe souvent des douleurs articulaires mal circonscrites et s'étendant un peu dans la continuité des membres.

TRAITEMENT. — La *belladone* (TM) correspond au début : fièvre, mal de gorge, et même éruption. On prescrira ensuite *antimonium crudum* (3e à 1re trit.) ou *apium virus* (2e trit.). Le premier répond au mouvement fébrile, à l'anorexie, à l'éruption et aux douleurs dans les petites jointures ; le second aux mêmes symptômes et au mal de gorge.

R. Hughes recommande l'*arnica* (3e à 1re) et le *rhus toxic.* (1re) ; ce dernier principalement contre les douleurs articulaires.

Le *calcarea carbonica* et l'*eucalyptus*, produisant des symptômes analogues à l'érythème noueux, pourraient être essayés.

b). — **Fièvres continues.**

Nous décrirons sous ce nom l'*éphémère*, la *synoque* et la *fièvre typhoïde*. Les deux premières sont aujourd'hui complètement passées sous silence par les auteurs ou confondues entre elles sous le nom de fièvre gastrique, d'embarras gastrique fébrile. Ce sont cependant des affections fréquentes et que nous avons souvent observées chez les enfants ; elles ont des caractères absolument tranchés, qui permettront toujours de les reconnaître.

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE

L'*éphémère* est constituée par un mouvement fébrile durant de 12 à 24 heures ; l'*éphémère prolongée* peut durer trois jours.

Cette maladie est très fréquente pendant l'enfance et est toujours bénigne ; elle débute brusquement, presque toujours sans prodromes, par un mouvement fébrile violent, sans frissons. La fièvre est d'emblée à son maximum (39 à 40°) ; et s'accompagne de vomissements si elle débute peu après le repas ; le pouls est grand et fort, la peau est chaude, mais pas sèche ; il y a de la céphalalgie, quelquefois de la somnolence et du délire ; on peut aussi souvent observer un peu d'angine ; mais un symptôme constant est la courbature. Au bout de douze ou de vingt-quatre heures, le troisième jour au plus tard, la fièvre tombe subitement en même temps qu'apparaît une crise : herpès, épistaxis, sueurs, dépôt dans les urines. L'*herpès* siège surtout aux lèvres et occupe en même temps la peau et la muqueuse. Le retour à la santé est immédiat.

Cette maladie se montre surtout au printemps et presque toujours après une cause occasionelle : fatigue, excès, insolation, etc. Comme dans plusieurs familles les enfants ont été pris successivement à une semaine d'intervalle, nous serions assez disposé à croire à la contagion de la fièvre éphémère

TRAITEMENT. — L'*aconit* (TM) est le principal médicament et répond complètement au mouvement fébrile de la fièvre éphémère ; il suffit le plus

souvent. Le *veratrum viride* (TM) pourrait aussi être donné ; c'est un médicament qui remplace beaucoup l'aconit dans la pratique de nos confrères américains.

Le *rhus toxicodendron* (3e) sera indiqué ensuite si l'herpès est étendu.

FIÈVRE SYNOQUE

La fièvre synoque présente certaines analogies avec la fièvre éphémère ; mais elle a une durée plus longue, de 4 à 11 jours ; elle se montre surtout chez les enfants et récidive assez fréquemment.

La maladie débute subitement sans prodromes par des frissons, souvent avec vomissements ; la fièvre est très vive dès le début et atteint son summum le deuxième ou le troisième jour au plus tard (39° 5 à 40°). Le mouvement fébrile est alors rémittent avec différence de un degré à un degré et demi entre le matin et le soir ; le pouls et la chaleur de la peau sont comme dans la fièvre éphémère ; on observe en même temps de la céphalalgie, de la courbature, un peu de délire ; la langue est blanc jaunâtre avec les bords rouges ; du côté du ventre, il y a ordinairement constipation et absence de météorisme ; d'autres fois, au contraire, diarrhée et léger ballonnement. Les urines sont rouges et brûlantes. On a signalé aussi sur le ventre et les cuisses une éruption de taches bleues, de forme arrondie et assez larges.

Vers la fin du premier septénaire, on approche de la terminaison, qui peut se faire tantôt par une décroissance graduelle du mouvement fébrile, tantôt

par défervescence brusque ; dans ce dernier cas, on observe ordinairement une crise comme dans la fièvre éphémère. La guérison est complète, il n'y a pas de convalescence.

La fièvre synoque se distingue toujours facilement de la fièvre typhoïde, même lorsqu'il existe de la diarrhée et du ballonnement, par l'absence de prodromes, par l'absence de stupeur et de prostration, par la diarrhée qui n'est pas fétide et surtout par la marche de la température, qui atteint d'emblée son summum, au lieu de monter par échelons, comme dans la fièvre typhoïde.

TRAITEMENT. — Les deux médicaments principaux sont l'*aconit* (TM) et le *baptisia tinctoria* (TM) ; l'*aconit* est indiqué par les caractères de la fièvre et on le donnera lorsqu'il y aura peu de symptômes du côté de l'estomac et du ventre. Dans le cas contraire on aura recours à *baptisia*, très recommandé par nos confrères anglais ; ce médicament correspond à la fièvre, à la soif, au mal de tête avec délire, à l'état de la langue et à des alternatives de constipation et de diarrhée.

Si la céphalagie et le délire sont assez violents, on pourra avoir recours à *belladone* (3e à 1re).

R. Hughes recommande *arsenic* (3e trit.) si le mouvement fébrile ne diminue pas avec *baptisia*.

Enfin d'autres médicaments pourront trouver leur emploi s'il existe de la *bronchite*, comme nous l'avons observé cette année, si la *diarrhée* est intense ; nous renvoyons au traitement de ces deux affections pour les indications.

FIÈVRE TYPHOIDE

La fièvre typhoïde est assez fréquente chez les enfants et elle est souvent bénigne, ce qui fait qu'elle peut être méconnue surtout chez les tout petits enfants.

Rare pendant les premières années de la vie, où sa très grande bénignité rend le diagnostic difficile, elle se montre surtout après 5 ans. Les garçons y seraient plus sujets (Rilliet et Barthez); mais cette différence est peu sensible (d'Espine et Picot). Elle atteint surtout les enfants forts et bien portants.

Plus fréquente en été et en automne, elle se présente de temps à autre sous forme d'épidémie. La fièvre typhoïde est peu contagieuse; ainsi dans les hôpitaux d'enfants, où les jeunes typhiques contractent facilement d'autres maladies, comme la diphthérie, les cas intérieurs sont exceptionnels: Barthez n'en a jamais vu à Sainte-Eugénie.

On ne sait pas encore si les nourrices atteintes de la fièvre typhoïde peuvent la communiquer à leurs nourrissons; ce serait en tout cas très rare et il existe un grand nombre d'observations dans lesquelles cette contagion n'a pas eu lieu.

La fièvre typhoïde revêt plusieurs formes chez les enfants; la plus fréquente est la *forme bénigne* ou *rémittente*, surtout chez les enfants jeunes; la *forme commune*, qui se rencontre plutôt chez les enfants plus âgés, présente les caractères qu'elle a chez les adultes et nous nous y arrêterons moins; les autres formes de la fièvre typhoïde sont exceptionnelles chez les enfants.

Forme bénigne ou rémittente. — Les prodromes sont plus ou moins longs ; ils consistent en perte de la gaieté et de l'appétit, en fatigue, en insomnie. Le début, que nous avons vu si violent et si subit dans les deux autres fièvres continues, est si peu marqué qu'on ne peut pas le plus souvent l'indiquer d'une façon certaine.

La fièvre, dès qu'on la constate, se présente sous un type rémittent marqué ; souvent le matin la température est voisine de la normale, et à ce moment l'enfant est assez gai, sa peau est fraîche et son teint est naturel ; le soir, la température est élevée, l'enfant est somnolent ou agité, ses yeux brillent, ses joues sont colorées.

Il y a presque toujours de la diarrhée dès le début de la maladie ; cependant on observe quelquefois un peu de constipation.

Pendant le premier septénaire les températures vespérales augmentent un peu tous les soirs, pour arriver à leur summum d'intensité vers la fin de cette première période.

Au commencement du deuxième septénaire nous entrons dans la période d'état ; la langue est recouverte d'un léger enduit blanchâtre, mais reste rouge à la pointe et sur les bords, le ventre est ballonné, quelquefois douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, mais souvent indolent comme les jours précédents ; la rate est grosse et peut se sentir au-dessous des côtes, chez les petits enfants principalement. C'est à ce moment que se montrent les taches rosées lenticulaires, qui manquent dans un certain nombre de cas. L'urine est fébrile, rouge, diminuée, quelquefois albumineuse. La diarrhée,

qui existe le plus souvent dès le premier septénaire, continue ; les selles, au nombre de deux ou trois par jour, sont jaune d'ocre, et se séparent par le repos en une masse floconneuse et une partie liquide qui surnage (West). Les enfants ne toussent pas ou toussent peu ; malgré cela, on entend toujours à l'auscultation des râles ronflants et sibilants (d'Espine et Picot).

Le mouvement fébrile continue, comme pendant le premier septénaire, à présenter des rémissions matutinales, qui sont de plus en plus marquées, quoique le soir la température se retrouve presque toujours très élevée entre 39,5 et 40°, et qu'à ce moment les enfants, qui étaient presque en leur état normal le matin, sont chauds, agités, se plaignent du mal de tête, ont la figure rouge et sont quelquefois somnolents ; les nuits sont agitées et souvent l'enfant à un peu de délire. West rapporte qu'il a observé quelquefois deux exacerbations par jour ; la première survenait vers 11 heures du matin après la grande rémission du matin, elle était toujours beaucoup moins marquée que l'exacerbation vespérale dont elle était séparée par une rémission beaucoup moindre que celle du matin : cette seconde exacerbation est celle qui disparaît la première.

A partir du 11e ou du 15e jour, la maladie diminue, la température, qui est revenue à la normale le matin, s'abaisse un peu tous les soirs, et du 14e au 20e jour elle tombe tout à fait le soir ; les autres symptômes suivent une marche décroissante analogue, les râles ont disparu, la diarrhée cesse et la convalescence commence ; elle est le plus souvent rapide, malgré l'amaigrissement et la faiblesse considérable du petit malade.

Dans les cas tout à fait bénins, la température, tout en ayant une marche rémittente, est peu élevée le soir.

Forme commune. — C'est la forme grave des auteurs; nous lui avons conservé son nom de forme commune, parce que c'est la forme la plus habituelle, si on considère la maladie, non seulement pendant l'enfance, mais pendant toute la vie.

Les *prodromes* sont constants et analogues à ceux de la forme précédente.

Le *début* est plus marqué; il est, en général, constitué par des frissons, des vomissements, du mal de tête. Il y a presque toujours de la constipation et dans ce cas les vomissements continuent pendant plusieurs jours.

La fièvre est vive et augmente rapidement; la température monte à 40° et 40,5 dès le quatrième jour et les rémissions sont très peu marquées, ce qui distingue cette forme de la précédente. Les enfants sont engourdis et comme somnolents pendant le jour; on les maintient cependant difficilement au lit et lorsqu'ils se tiennent debout, il présentent des étourdissements. La nuit, au contraire, on observe de l'insomnie et de l'agitation avec délire.

Au commencement du deuxième septénaire, au début de la période d'état, l'état paraît plus grave: le ventre se ballonne, devient douloureux, les taches rosées apparaissent, la diarrhée s'établit, analogue à celle de la forme bénigne, mais plus répétée.

La langue devient rouge, tantôt collante, tantôt sèche, mais n'est jamais fuligineuse comme chez l'adulte; les gencives sont rouges et gonflées, rez

couvertes quelquefois de débris pultacés, les lèvres sèches et légèrement croûteuses (Rilliet).

La prostration et la stupeur sont très marquées, les malades sont couchés sur le dos et immobiles, dans une indifférence complète à ce qui se passe autour d'eux. Nous avons vu un enfant de 13 ans, qui a guéri, mais qui est resté dans cet état d'indifférence absolue, dont on ne pouvait pas le tirer, pendant trente-deux jours consécutifs. Le plus souvent, au contraire, on arrive à attirer l'attention de l'enfant qui répond plus ou moins aux questions. D'autres fois cet état de stupeur est entrecoupé par des périodes d'agitation et de délire, surtout la nuit.

Les urines sont rouges et chargées comme dans la forme bénigne, mais beaucoup plus fréquemment albumineuses. Les émissions peuvent être involontaires, ou, au contraire, il peut exister de la rétention. Lorsqu'il y a de l'incontinence, on en observe souvent aussi pour les selles.

La respiration est ordinairement accélérée, les râles sibilants sont disséminés dans toute l'étendue de la poitrine. Chez les enfants, les symptômes pulmonaires peuvent prédominer, des râles fins et humides se localisent à la partie déclive des poumons et on observe une véritable hypostase pulmonaire.

Il peut exister chez les enfants des *symptômes méningitiques* marqués : convulsions ordinairement limitées aux muscles des yeux et de la face; strabisme, inégalité pupillaire, rougeur de la conjonctive et froncement des sourcils; le pouls devient irrégulier et la respiration suspirieuse; on a même signalé des cris hydrencéphaliques; ces symptômes

sont d'un pronostic grave (d'Espine et Picot). Ce qui les distinguerait de ceux de la méningite tuberculeuse vraie serait l'irrégularité de leur ordre d'apparition; il nous semble difficile cependant qu'il n'y ait pas de confusion avec la forme typhoïde de la méningite.

Fritz (1) a attiré l'attention sur certains *symptômes spinaux* observés chez les enfants, tels que de l'hyperesthésie cutanée, de la raideur du cou, de l'opisthotonos et des contractures passagères des membres.

La période d'état est plus ou moins longue; elle dure jusqu'aux 17e, 20e, 24e jours et dans quelques cas très prolongés jusque vers le 40e jour. Pendant toute sa durée le mouvement fébrile se maintient très élevé avec des oscillations peu marquées. Le pouls est très fréquent et varie suivant l'âge des enfants que l'on observe.

La 3e période est annoncée par la diminution du mouvement fébrile et surtout par l'établissement des rémissions matinales, qui deviennent de plus en plus marquées, tandis que la température vespérale reste encore élevée. En même temps, les symptômes diminuent d'intensité, la diarrhée disparaît et les selles redeviennent progressivement normales, l'enfant se réveille et son retour à la connaissance est le signe avant-coureur le plus certain de la convalescence.

Comme chez les adultes, cette 3e période s'annonce aussi souvent par l'amaigrissement marqué du malade et par un certain degré de surdité.

Après une convalescence de quelques jours, il

(1) Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1864.

peut survenir une rechute et l'on a alors, comme chez les adultes, la forme commune prolongée.

Dans cette forme, la convalescence est longue et d'autant plus lente que la maladie a été grave ; les cheveux tombent ; il persiste pendant longtemps, surtout lorsqu'il y a eu beaucoup de délire, une sorte d'hébétude et de difficulté pour le travail.

Nous avons plusieurs fois observé pendant cette période de l'*œdème* des jambes, sans albuminurie, œdème dur qui est souvent lié à de la *phlegmatia alba dolens*.

COMPLICATIONS. — Il y a un grand nombre de complications, et la mort dans la fièvre typhoïde des enfants est presque toujours la conséquence de l'une d'elles.

Nous rapporterons ces complications à peu près dans l'ordre dans lequel elles apparaissent dans le cours de la maladie.

La *diphthérie*, qui se montre quelquefois pendant la fièvre typhoïde, n'est pas, à proprement parler, une complication, c'est une maladie concomitante, causée par une contagion pendant la maladie ; elle ne présente rien de particulier.

La *broncho-pneumonie*, se voit très fréquemment ; ordinairement étendue aux deux poumons, elle est grave et c'est la cause la plus fréquente de mort. Cette complication se montre pendant la période d'état, elle s'accompagne d'une violente dyspnée, d'une teinte asphyxique de la face et la mort survient par l'asphyxie. La *pneumonie* est beaucoup plus rare : elle serait moins grave ; d'Espine et Picot

en ont observé une chez un enfant de seize mois qui guérit.

La *méningite*, dont nous avons, du reste, donné les signes dans le cours de la description est encore une des causes de mort.

La *laryngite nécrosique* est rare chez les enfants ; elle est très grave et entraîne souvent la mort par l'*œdème de la glotte* qu'elle détermine et qui amène l'asphyxie.

L'*albuminurie* est fréquente dans les formes graves, mais elle est presque toujours passagère ; elle peut cependant être le point de départ d'une maladie de Bright.

Dans le cours de la période d'état on peut observer, chez les enfants, comme chez les adultes, des *accès pernicieux* violents, pouvant causer la mort lorsque le sulfate de quinine n'est pas administré à temps. Ils sont connus et décrits dans notre école depuis longtemps. Pour les enfants, nous ne les trouvons relatés que par Bouchut. Ces accidents sont caractérisés par une élévation considérable de la température, suivie d'une rémission qui ne va pas jusqu'à la normale, et par un état de prostration considérable.

Les *eschares* au sacrum sont beaucoup plus rares que chez les adultes ; elles sont d'un mauvais pronostic.

L'*hémorrhagie intestinale* est aussi très rare chez l'enfant, elle est grave ; sur les quatre cas cités par Bouchut il y a eu trois morts.

L'*épistaxis*, beaucoup plus rare au début de la fièvre typhoïde chez les enfants que chez les adultes, peut se montrer assez abondante vers la période

de déclin. Dans un cas rapporté par Bouchut, elle a été suivie de l'entrée en convalescence; il en a été de même pour un de nos petits malades, qui avait une fièvre typhoïde grave qui durait depuis près de cinq semaines.

La *perforation intestinale* est rare, mais amène le plus souvent une péritonite suraiguë mortelle.

La *parotidite* est rare chez l'enfant: elle a été observée par Bouchut dans un cas suivi de mort.

La *gangrène de la vulve* et de *la bouche* se montre plus rarement dans cette maladie que dans les fièvres éruptives.

L'*otite*, suivie d'*otorrhée*, survient pendant la convalescence et ne présente pas de gravité particulière. On voit aussi souvent à ce moment une grande quantité de *furoncles* et d'*abcès sous-cutanés* qui ne sont pas ordinairement d'un mauvais pronostic. Bouchut rapporte une observation de *diathèse purulente* mortelle consécutive à une fièvre typhoïde grave. D'Espine et Picot signalent l'*aphasie* qu'ils ont observée pendant la convalescence et qui persista pendant quinze jours à trois semaines: l'enfant a recouvert son intelligence, les gestes sont expressifs, mais il ne peut parler et ne pousse que des grognements inarticulés.

TRAITEMENT. — Les médicaments du début de la fièvre typhoïde sont l'*aconit*, le *baptisia* et l'*ipéca*. L'*aconit* (TM) et le *baptisia* (TM) sont indiqués par le mouvement fébrile; le second sera plus souvent employé, car il correspond à l'état de la langue et à des alternatives de constipation et de diarrhée. L'*ipéca* (3e trit.) est réservé pour les cas où

l'état fébrile est modéré, où il y a de la diarrhée et des vomissements dès le début.

Lorsque la maladie est constituée et d'intensité moyenne, nous avons coutume de donner le jour un acide (*muriatis* ou *phosphori acidum*) et la nuit une solanée (*belladona*, *stramonium* ou *hyosciamus*). Le premier des médicaments est indiqué par les caractères de la diarrhée et l'état du ventre; le second par l'agitation, l'insomnie et les caractères du délire. Bien entendu, dans les formes légères où le délire peut faire complètement défaut, nous nous bornerons à administrer *muriatis* ou *phosphori acidum*. — Tous ces médicaments s'emploient à la 3e dilution. Voici leurs indications particulières.

Muriatis acidum : diarrhée fréquente, verdâtre, quelquefois involontaire; gargouillement et météorisme; stomatite avec gonflement des gencives et fièvre.

Phosphori acidum : symptômes très analogues; seulement selles pâles, blanchâtres et urines involontaires.

Belladona : délire avec hilarité bruyante; hallucinations, face rouge et yeux brillants; c'est la plus souvent employée des trois solanées.

Stramonium : délire plus violent, avec impulsion à la fureur; face presque violacée; alternance de somnolence et de délire. La raideur tétanique de la nuque et des mâchoires, l'augmentation du délire par la lumière, le bruit et le toucher viennent encore spécialiser son indication.

Hyosciamus : délire plus suivi, moins incohérent; impulsion à se lever, à sortir du lit; élévation ther-

mique considérable avec extrémités froides et absence apparente de chaleur.

Lorsque l'affection abdominale prédomine, avec diarrhée très abondante, fétide et verte, lorsque la stomatite est très marquée, *mercurius solubilis* (3 trit.) rendra de bons services.

L'*arsenic* (3e trit.) est le plus important des médicaments de la forme commune, qui est la forme grave de l'enfance; ce médicament correspond au mouvement fébrile avec chaleur très élevée; au pouls petit, très fréquent, quelquefois irrégulier; à la dépression considérable avec tendance aux lipothymies; à la typhomanie, c'est-à-dire a un mélange de somnolence et de délire. Ce médicament doit être continué plusieurs jours et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre jours de son emploi qu'on voit l'amélioration se produire.

Lorsque l'état s'aggrave malgré l'arsenic, nous pourrons espérer produire une amélioration avec le *china* (TM) à doses fortes, un à trois grammes par jour. Nous avons déjà donné à propos du traitement de la rougeole maligne (p. 50) les raisons qui nous paraissent devoir faire administrer ce médicament dans les fièvres graves.

Pendant la période de déclin, où il existe de grandes oscillations le *china* (TM) à dose plus faible est le médicament principal; il est indiqué par la forme du mouvement fébrile, par la faiblesse, la pâleur et l'anorexie qui persiste encore. Si les oscillations sont marquées, on pourra administrer un peu de *sulfate de quinine;* nous indiquerons les doses correspondant aux différents âges en traitant la fièvre intermittente. Il faut seulement se rappeler que ces

oscillations sont d'un bon pronostic et qu'elles annoncent l'approche de la convalescence.

Nous parlerons peu du traitement des complications, chacune d'elles devant être traitée plus amplement dans des chapitres à part (voir *albuminurie*, *broncho-pneumonie*, *méningite*, *otite*, etc.).

Nous dirons cependant un mot à propos des *accès pernicieux*, de l'*hémorrhagie intestinale* et de l'*aphasie*.

Pour les *accès pernicieux*, il n'y a qu'un traitement efficace : c'est le sulfate de quinine, qui, administré à temps d'après les règles que nous donnerons à propos de la fièvre pernicieuse, réussira presque toujours à écarter le danger.

L'*hémorrhagie intestinale* est très grave; les deux médicaments qui pourront l'arrêter sont l'*ipéca* (1re trit. déc.) et l'*acide phosphorique* (1re) que nous avons coutume d'alterner, à doses rapprochées; la glace sur le ventre, les boissons glacées et alcooliques seront les moyens adjuvants à employer.

Pour l'*aphasie*, nous rappelerons ici que *colchicum* (1re), *lachésis* (3e trit.) et *lycopodium* (30e) sont les trois médicaments qui y répondent le mieux. Nous les administrerons dans cet ordre.

En dehors du traitement par les médicaments on a recommandé dans les fièvres typhoïdes avec température très élevée, lorsqu'il existe de la somnolence, du coma, du délire, les *bains* et les *affusions froides;* les *bains tièdes* paraissent préférables et ce sont eux dont nous ferions usage en cas de besoin.

Soins hygiéniques. — Nous considérons comme très importants l'aération de la chambre du malade, des soins excessifs de propreté et des boissons abondantes.

Les lotions avec de l'eau et de l'arnica sur les parties du corps qui commencent à rougir, de la poudre d'amidon, un matelas en balle d'avoine, sont des moyens qui permettent quelquefois d'empêcher la formation des eschares.

Pendant les deux premières périodes de la maladie, nous n'accordons, comme alimentation, que le bouillon ou le lait coupé ; lorsque la période de déclin s'établit, on permettra les potages légers au tapioca, puis, lorsque la fièvre sera tombée, l'alimentation se rétablira peu à peu : œufs, crèmes, purée, puis viande ; on fera attention à ne pas donner trop promptement du pain et des légumes contenant des parties indigestes.

Un peu de vin d'Espagne coupé, un peu de grog peuvent être donnés lorsqu'il existe une grande prostration.

c). — **Fièvres intermittentes.**

La fièvre intermittente est fréquente pendant l'enfance, surtout de deux à sept ans ; des enfants étant venus au monde avec de l'hypertrophie de la rate et tous les signes de la cachexie palustre, on en a conclu que le fœtus lui-même y était exposé.

Après l'âge de six à sept ans, la fièvre se montre avec les mêmes caractères que chez les adultes ; nous aurons donc plutôt en vue dans notre description les caractères de la fièvre intermittente des enfants jeunes.

FORMES. — Nous décrirons la *forme commune*, la *forme cachectique d'emblée*, et la *forme pernicieuse*.

Forme commune. — La fièvre intermittente revêt le plus souvent le type quotidien, quelquefois le type tierce, rarement le type quarte. Elle est ordinairement précédée de prodromes : malaises, anorexie, mal de tête ; lorsqu'elle est établie, les accès ne sont pas aussi nettement accusés que chez les adultes, le frisson manque souvent et est remplacé par un refroidissement des extrémités avec teinte bleuâtre des ongles ; chez les tout petits enfants on observe du tremblement des extrémités et une grande dépression. Le stade de chaleur est ordinairement peu élevé, mais il est accompagné souvent de malaise, de vomissements et de délire. Le stade de sueur est indiqué par une moiteur plus ou moins générale.

Les périodes qui s'écoulent entre les accès ne sont pas, comme chez l'adulte, complètement apyrétiques, avec retour à l'état normal ; il persiste toujours du malaise et souvent un peu de fièvre ; c'est plutôt une fièvre rémittente qu'une véritable fièvre intermittente, et le diagnostic pourra n'être pas fait si on n'examine pas avec soin la marche de la température.

Pour peu que la maladie dure, la rate s'hypertrophie ; il survient des troubles gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée, et la maladie entre dans la cachexie ; les symptômes de cette cachexie sont les mêmes que ceux que nous allons décrire dans la forme suivante.

Forme cachectique d'emblée. — Après quelques accès fébriles intermittents irréguliers et même sans cela, chez les enfants qui habitent un pays où

les fièvres sont endémiques, la cachexie s'établit; l'enfant est émacié, d'une pâleur considérable avec une teinte terreuse; il présente de l'anorexie et des digestions pénibles. Le ventre est énorme; la tuméfaction de la rate est considérable; le foie est aussi augmenté de volume et contribue à former le *gâteau paludéen*. Les autres symptômes sont assez rares, tels que l'anasarque, les éruptions de purpura; la diarrhée séreuse ou séro-sanguinolente, sans colique ni ténesme, se montre assez fréquemment et contribue à augmenter l'anémie. La mort survient, soit par des *accès pernicieux* qui peuvent se montrer sans cause, soit par une *albuminurie* concomitante causée par la dégénérescence amyloïde des reins, soit enfin par la diarrhée. Souvent le petit enfant s'améliore, mais les rechutes sont fréquentes si on ne change pas de pays.

Forme pernicieuse. — La fièvre pernicieuse des enfants est presque toujours accompagnée d'une autre affection, qui se montre pendant les accès fébriles et disparaît pendant les apyrexies.

Nous nous bornons à indiquer ces diverses variétés, sans entrer dans les détails, que l'on trouvera dans les traités moins spéciaux à l'enfance (1).

Les variétés *comateuse*, *éclamptique*, *péripneumonique*, *cholériforme* et *dysentérique* sont les plus fréquentes.

TRAITEMENT. — *Traitement de la forme commune.* — Le *sulfate de quinine* forme la partie importante du traitement, en ce qu'il coupe la fièvre

(1) Eléments de médecine pratique. Dr P. Jousset.

et empêche l'accès de revenir; mais c'est un médicament qui n'est dans certains cas que palliatif, et qui n'empêche pas la maladie de continuer son cours. Le sulfate de quinine s'administre en substance à doses proportionnées aux âges : 0,15 à 0,20 jusqu'à deux ans, 0,25 à 0,30 jusqu'à quatre, 0,40 jusqu'à sept, 0,50 de sept à dix, 0,60 de dix à treize 0,75 de treize à seize. Chez les petits enfants, la dose s'administre dans un peu de miel ou en lavement; nous en avons quelquefois administré dans une peau d'abricot ou de prune, entourée de confitures.

Nous attachons beaucoup d'importance au mode d'administration du sulfate de quinine, et nous en donnons la dose entière en une fois ou en deux fois à vingt minutes d'intervalle et le plus loin possible de l'accès à venir, c'est-à-dire à la fin du stade de sueur.

En cas de retour des accès, malgré ces médicaments, nous conseillons: *arsenic*, *flos solis*, *diadema* et *nux vomica*.

Arsenic (6e) lorsque la soif est nulle pendant le frisson et la chaleur, et est très vive pendant la sueur et pour les accès qui reviennent le soir.

Nux vomica (12e) répond aux accès du matin et de l'après-midi, et lorsqu'il y a de la soif pendant le frisson et la sueur et qu'il n'en existe pas pendant la chaleur.

Diadema (1re trit.) et *flos solis* (6e et 3e trit.), sont des médicaments empiriques, qui réussissent souvent à faire disparaître des fièvres intermittentes déjà anciennes et qui résistent au sulfate de quinine.

Traitement de la forme cachectique d'emblée. — Le

sulfate de quinine est le plus souvent impuissant; nous le remplacerons par le *quinquina* en poudre à dose triple de la dose de sulfate de quinine correspondante, ou sous forme de *china* (TM), un à trois grammes par jour,

Nous donnerons ensuite, *arsenic* (3e trit.) ou *flos solis* (3e trit.). L'éloignement des pays malsains, le séjour dans les montagnes, les bains de mer et l'hydrothérapie seront souvent nécessaires pour amener la guérison.

Traitement de la forme pernicieuse. — Il n'y a dans ce cas qu'un seul médicament possible, c'est le *sulfate de quinine* administré d'après les principes indiqués ci-dessus. Nous ajouterons seulement que, si le diagnostic a été tardif, et si un accès menace, il faudra que la quantité du médicament supplée au temps qui manque et qu'on donnera alors double ou triple dose.

Les injections hypodermiques d'une solution de *lactate de quinine* pourront nous rendre de grands services dans cette forme :

Lactate neutre de quinine. 1 gr.
Eau distillée. . . . . 4 gr.

(Vigier).

CHAPITRE IV

MALADIES ÉPIDÉMIQUES

ÉRYSIPÈLE

L'érysipèle se montre chez les enfants pendant la première enfance, c'est l'*érysipèle des nouveau-nés* ordinairement très grave, ou pendant la seconde enfance ; il est alors très rare, se comporte complètement comme chez les adultes, et est beaucoup moins grave que celui des nouveau-nés ; c'est ce dernier que nous avons surtout en vue ici.

L'érysipèle des nouveau-nés survient le plus souvent pendant les deux premières semaines de la vie, c'est ordinairement à l'occasion de la chute du cordon, et au niveau de la cicatrice ombilicale qu'il se développe ; son point de départ peut être aussi des écorchures causées par le forceps. Il est le plus souvent très grave. Comme dans certains cas, il coïncide avec des épidémies de fièvre puerpérale, et il peut s'accompagner de péritonite purulente et de phlébite ombilicale ; nous pensons qu'il peut être une des manifestations de la *diathèse purulente* chez les nouveau-nés.

Lorsqu'il se développe plus tard, c'est aux environs de l'éruption vaccinale, d'un impétigo, d'intertrigo,

et même sans aucune cause occasionnelle de ce genre. Il est alors beaucoup moins grave.

Chez les nouveau-nés, l'érysipèle est constitué tout d'abord par une plaque d'un rouge brillant qui se montre ordinairement au niveau de l'ombilic; il y a peu de tuméfaction au niveau de cette plaque, quoique les tissus sous-jacents soient indurés. La rougeur s'étend aux organes génitaux et aux membres inférieurs, quelquefois au thorax. Dans cette marche ambulante, il peut atteindre toute la surface de la peau; il se fait quelquefois des *phlegmons* plus ou moins étendus, et on observe aussi la *gangrène* de la peau, qui est annoncée par une coloration livide et des phlyctènes, puis les eschares s'éliminent.

La fièvre s'établit ordinairement après l'apparition de l'érysipèle; elle s'accompagne d'agitation, de prostration, souvent de diarrhée et de vomissements; la peau, qui est le siège de l'érysipèle, est très douloureuse, et le moindre contact fait pousser des cris à l'enfant.

La mort est la terminaison la plus fréquente; elle est amenée par la diarrhée et les vomissements, ou par une complication, la péritonite, par exemple; on observe quelquefois des convulsions, comme accident ultime.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, la fièvre diminue, les évacuations cessent, les forces reviennent et l'érysipèle disparaît.

L'érysipèle qui survient chez les enfants un peu plus âgés, quoique ordinairement intense, et étendu à une grande surface de peau, présente une fièvre moins vive et se termine assez souvent par la

guérison, après une durée assez longue, de plusieurs semaines quelquefois.

L'érysipèle qui survient pendant la seconde enfance revêt ordinairement la *forme commune* de l'érysipèle de l'adulte et se termine presque toujours par la guérison. On peut cependant observer la *forme maligne*.

TRAITEMENT. — Les médicaments de la forme maligne, et en particulier le *china* (TM), sont indiqués dans l'érysipèle des nouveau-nés.

Le *china* (TM), à la dose de 0,50 par jour, nous paraît devoir produire quelque effet favorable, à cause de son action si certaine dans l'érysipèle malin de l'adulte. C'est à la pratique du professeur Jaccoud que nous sommes redevables de ce médicament dans ce cas.

En dehors du china, nous aurions recours à l'*arsenic* (3e trit.) et au *lachésis* (3e trit.) alternés; ces deux médicaments sont indiqués par la diarrhée et les vomissements, et le dernier surtout, par la tendance à la gangrène de la peau.

Le *carbo vegetabilis* (30e) sera donné à la période ultime, lorsque les autres médicaments auront échoué.

Etant donnée la relation qui nous paraît exister entre l'érysipèle des nouveau-nés et la diathèse purulente, on se trouverait peut-être bien d'alterner avec le *china*, l'*aconit* (TM), qui est le médicament principal de cette maladie.

Contre les érysipèles qui surviennent chez les enfants plus âgés, nous avons les médicaments usités chez les adultes, dans la forme commune *bella-*

dona (TM), *rhus toxicodendron* (3e), lorsqu'il y a des phlyctènes, et *china* (TM), si les médicaments précédents ne réussissent pas.

Dans les cas de forme maligne, nous conseillerons les mêmes médicaments que chez les nouveau-nés.

Les moyens externes, préconisés pour limiter la marche de l'érysipèle, nous paraissent absolument illusoires.

DIPHTHÉRIE

La diphthérie est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par une inflammation pseudo-membraneuse, siégeant principalement sur les muqueuses respiratoires, mais pouvant s'étendre aux autres muqueuses et à la face.

Nous réunissons, suivant l'opinion admise en France depuis Bretonneau, l'*angine couenneuse* et le *croup*, dans la diphthérie, dont ils ne sont que des localisations diverses.

La diphthérie est surtout fréquente de 2 à 5 ans; elle se montre aussi bien chez les enfants vigoureux que chez ceux qui sont faibles et chétifs; elle peut se montrer comme complication de la scarlatine, de la rougeole, plus rarement de la fièvre typhoïde et de la coqueluche : c'est la *diphthérie secondaire*.

Elle peut atteindre plusieurs fois le même malade.

La localisation laryngée est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune.

FORMES. — La diphthérie présente à étudier quatre formes : la *forme commune*, la *forme bénigne*, la *forme putride* et la *forme ataxique*.

Forme commune. — La forme commune est constituée par deux périodes successives : la *période angineuse* et la *période croupale*.

Période angineuse. — Elle peut être précédée de prodromes; quelquefois le début est peu marqué, et peut même passer inaperçu, et des enfants continuent leur vie habituelle tout en ayant déjà des fausses membranes. Ordinairement, le début est constitué par une fièvre légère avec douleur de gorge et léger engorgement des ganglions sous-maxillaires. Dans quelques cas mêmes, la fièvre est très violente et peut s'accompagner de frissons ou de convulsions chez les tout jeunes enfants.

Dès qu'on examine la gorge, le pharynx est rouge; une amygdale est tuméfiée et recouverte d'une fausse membrane, d'abord mince, opaline et transparente, mais qui devient rapidement blanchâtre, épaisse et adhérente. La fausse membrane augmente rapidement, elle gagne la luette et s'étend à l'autre amygdale, soit par continuité, soit en se développant simultanément sur plusieurs points différents.

Le gonflement ganglionnaire est assez considérable; mais, dans cette forme, il est limité aux ganglions qui sont durs et douloureux.

La fausse membrane continue à s'épaissir dans les jours qui suivent; elle prend des colorations plus foncées, devient jaune et quelquefois brunâtre.

Le mouvement fébrile est très variable, mais

ordinairement peu élevé, la température au-dessous de 39°.

Période croupale. — Le croup est constitué par l'extension de la fausse membrane au larynx; il s'annonce par une toux sèche et de l'enrouement. On divise ordinairement l'évolution de cette période croupale en trois périodes successives.

Pendant la *première période croupale*, on observe d'abord la raucité de la toux et de la voix, l'enfant a quelquefois un peu de douleur laryngée, les premiers accès de toux peuvent être rauques et sonores, comme dans la laryngite striduleuse (d'Espine et Picot); la respiration devient peu à peu sifflante et gênée. Cette première période à une durée très variable, de quelques heures à plusieurs jours. Dans un certain nombre de cas, nous avons vu la guérison pendant cette période, sans apparition d'accès de suffocation.

La dyspnée et les accès de suffocations caractérisent la *deuxième période;* la voix et la toux sont complètement éteintes. Les accès de suffocations apparaissent, d'abord assez faibles, revenant toutes les trois ou quatre heures, plus fréquemment la nuit, amenés, tantôt par une émotion, une colère, tantôt sans aucune cause appréciable; ils augmentent progressivement d'intensité. L'enfant s'asseoit rapidement, se cramponne au bord de son lit, la tête renversée en arrière, la bouche largement ouverte, les muscles inspirateurs contractés, la figure violacée et couverte de sueur, l'inspiration sifflante et très gênée, l'anxiété extrême. Au bout de quatre à cinq minutes, la respiration devient plus facile, mais elle reste souvent plus gênée qu'avant l'accès.

Quelquefois, au lieu de ces accès violents, on assiste à une dyspnée progressivement plus intense; l'inspiration, puis l'expiration sont gênées et sifflantes.

Dans le premier cas, d'une façon d'abord intermittente et en rapport avec les accès, puis d'une façon continue; dans le second cas, d'une façon continue seulement, le *tirage* apparaît : ce symptôme consiste dans une dépression du creux de l'estomac et des fausses côtes, qui paraissent rentrer dans la poitrine à chaque inspiration (tirage sous-sternal), et plus tard, dans une dépression analogue au niveau de la fossette du cou, et au-dessus des clavicules (tirage sus-sternal); ce dernier symptôme est pathognomonique d'un obstacle laryngé, le tirage sous-sternal s'observant quoique à un moindre degré dans diverves affections pulmonaires, la broncho-pneumonie, par exemple.

Si on ausculte la poitrine, on entend le retentissement du sifflement laryngé, et une diminution considérable du murmure respiratoire; on a signalé quelquefois, à l'auscultation du larynx, un bruit de drapeau, produit par les fausses membranes.

L'expulsion d'une fausse membrane peut amener un calme, ordinairement de courte durée, et suivi d'une reprise de la dyspnée.

La guérison sans opération peut encore survenir pendant cette période, et nous l'avons observée plusieurs fois; après quelques accès, la dyspnée diminue, les accès s'éloignent et disparaissent, la toux devient grasse et humide.

Le plus souvent, au contraire, la *troisième période* commence; elle est caractérisée par l'asphyxie et

amène la mort, si l'on n'intervient pas par la trachéotomie. Tantôt, les accès se rapprochent, deviennent presque continuels, et la mort peut survenir pendant un accès plus violent que les autres. Le plus souvent, au contraire, il se fait un calme trompeur; l'enfant n'a plus la force de réagir; il tombe dans la somnolence, la face devient pâle, bouffie et présente des marbrures violettes; les lèvres sont bleuâtres; il existe une anesthésie considérable de la peau; il y a de temps à autre un accès incomplet, la mort survient assez lentement dans le coma.

La forme commune de la diphthérie présente plusieurs variétés : tantôt la première période existe seule, et la guérison a lieu avant la propagation au larynx; tantôt, au contraire, la période angineuse manque, et l'on a le *croup d'emblée*. Il arrive même quelquefois que la maladie remonte, et que les fausses membranes envahissent le pharynx, après le larynx.

Pendant la forme commune, on peut observer aussi la propagation des fausses membranes au nez (*coryza diphthéritique*), et aux bronches; mais ces propagations sont beaucoup plus fréquentes dans la *forme putride*.

Forme bénigne. — Dans cette forme on n'observe que l'angine sans propagation au larynx; les fausses membranes sont peu étendues, il y a un engorgement ganglionnaire très limité.

Dans une famille, où deux enfants avaient été atteints de diphthérie de forme commune, dont un cas a été suivi de mort, nous avons observé, chez une parente, une petite fausse membrane sur une

amygdale; cette fausse membrane était extrêmement petite, peu adhérente, et ne persista que quelques heures; il existait un mouvement fébrile assez intense, qui dura deux jours, et il n'y avait pas de gonflement ganglionnaire. C'était bien là un cas de forme bénigne de la diphthérie. Si la contagion n'avait pas été aussi évidente, nous aurions pu croire à une *angine pultacée*. Ce fait nous porte à croire, que ce qu'on décrit d'ordinaire sous le nom d'angine pultacée, n'est qu'une forme atténuée de diphthérie.

Trousseau allait plus loin, puisqu'il soutenait qu'une simple *angine érythémateuse* pouvait être une forme bénigne de la diphthérie, lorsqu'on l'observait chez les personnes exposées à la contagion.

Forme putride. — Après un début analogue à celui de la forme commune, cette forme s'accompagne d'une prostration extrême, d'hémorrhagies multiples, quelquefois de gangrène. Les amygdales sont très gonflées et recouvertes de fausses membranes épaisses, jaunâtres et putrides ; leur coloration devient grisâtre et elles exhalent une odeur fétide et gangréneuse. Les ganglions maxillaires sont très engorgés, et le tissu cellulaire du cou participe à la tuméfaction; les fosses nasales sont envahies par les productions diphthéritiques, et il existe un coryza constitué par un liquide séreux et infect, qui se dessèche à l'orifice des narines sous forme de croûtes jaunâtres; la lèvre supérieure est rouge et ulcérée.

Le larynx peut être envahi et le plus souvent il n'existe ni toux, ni accès de suffocation; la dyspnée et l'enrouement sont alors les seuls signes du croup.

Les conjonctives peuvent être prises; elles sont rouges et saignantes, recouvertes d'une couenne épaisse; la gouttière oculo-palpébrale est remplie d'un mucus séro-purulent.

L'*ophthalmie diphthéritique* peut être plus complète encore, et on observe alors la perforation et la perte de l'œil. Le coryza et cette ophthalmie existent souvent en même temps.

La *vulve*, le *prépuce* peuvent aussi présenter des productions diphthéritiques; la *muqueuse buccale* aussi.

La *peau*, soit au point dénudé par un vésicatoire, soit à des régions où elle est fine, derrière les oreilles, en particulier, se recouvre de fausses membranes grises, et laisse suinter un liquide corrosif.

On peut observer en même temps des hémorrhagies (épistaxis, pétéchies, ecchymoses), des gangrènes de la gorge, de la vulve, des rash rubéolique ou scarlatinoïde, des éruptions miliaires, des bulles de pemphygus.

La fièvre est, en général, peu vive, et il y a même un certain degré de refroidissement; mais surtout, il existe un état général grave, avec prostration complète, anorexie absolue.

La mort survient ordinairement dans le coma, par asphyxie ou par une syncope.

Lorsque la guérison doit survenir, l'appétit revient, les forces renaissent, les affections diphthéritiques s'atténuent et disparaissent.

Tous les symptômes que nous venons de décrire, toutes les complications ne se trouvent pas ordinairement chez le même malade, et on observe des variétés moins intenses de la forme putride.

Il est une variété particulière que nous devons signaler ici, dans laquelle l'affection diphthéritique locale est très peu importante, quoique les symptômes généraux soient très graves, très marqués et que la mort en soit le plus souvent la conséquence.

Forme ataxique. — Elle est caractérisée par une marche irrégulière, et surtout par la prédominence des symptômes nerveux. Il y en a deux variétés principales : une *variété à marche très rapide* et une *variété spasmodique* (P. Jousset).

La première variété débute par des symptômes d'angine peu intense, avec un mouvement fébrile considérable, qui va en s'augmentant ; la diphthérie envahit les fosses nasales, il survient du délire, et la mort arrive le 3e ou le 4e jour.

La *variété spasmodique* commence comme la forme commune, avec extension de la diphthérie aux fosses nasales ; le croup s'établit et les accès de suffocation sont très intenses et compliqués de paralysie des muscles de la glotte et du diaphragme. Cette dernière complication augmente beaucoup l'intensité de la dyspnée et des accès de suffocations, et les fait persister après la trachéotomie. Il y a aussi une anorexie absolue.

La mort est presque toujours la conséquence de cette forme, et elle peut survenir par syncope

même lorsqu'il y a un commencement de convalescence, et qu'on espère la guérison.

La convalescence est très longue et troublée par les paralysies consécutives.

COMPLICATIONS. — Nous avons parlé du *coryza*, de la *stomatite* diphthéritique; la propagation pseudo-membraneuse à la trachée et aux bronches, présente une grande gravité, et est une des principales causes de la mort par diphthérie. La *bronchite pseudo-membraneuse* ne peut être reconnue avant la trachéotomie, que par l'expulsion de fausses membranes ramifiées; après l'opération, la gêne de la respiration et l'obscurité du murmure vésiculaire peut la faire soupçonner. Dans quelques cas rares, elle a une marche lente, presque chronique, et les enfants pendant la 1ère ou la 2e période du croup expulsent des fausses membranes ramifiées; ces expulsions sont suivies de périodes de calme et, après plusieurs alternatives de dyspnée et de calme, ils finissent par guérir au bout de quelques semaines.

En dehors de ces affections pseudo-membraneuses, qui ne sont pas, à proprement parler, des complications, mais des localisations, nous avons à étudier l'*albuminurie*, la *pneumonie*, les *complications cardiaques*, l'*entérite* et les *paralysies*.

L'*albuminurie* se voit dans un grand nombre de cas, aussi bien pendant la forme commune que la forme putride; elle est assez indifférente au point de vue du pronostic; elle ne s'accompagne pas d'anasarque et ne devient que rarement la cause du mal de Bright.

La *pneumonie* existe pendant la période de croup. Avant la trachéotomie on ne peut que la soupçonner, s'il existe un état fébrile très violent, avec augmentation des mouvements respiratoires et matité limitée ; après la trachéotomie, elle peut survenir vers le 3e ou vers le 6e jour ; dans le premier cas, elle est beaucoup plus grave et presque toujours mortelle ; l'auscultation journalière permettra de la reconnaître facilement.

Comme *complications cardiaques*, d'Espine et Picot signalent des accidents qu'ils attribuent « à la *thrombose*, ou plus probablement à la *dégénérescence graisseuse* et à la *parésie du cœur* ». Ces accidents surviennent plutôt pendant la convalescence, et consistent en pâleur de la face, refroidissement, anxiété, prostration et dyspnée, et mort rapide après une ou deux attaques de dyspnée suivies de collapsus. Dubrisay (1) a décrit aussi des irrégularités dans les battements du cœur, avec palpitations survenant pendant la convalescence. On a signalé aussi des *endocardites*, reconnues à des autopsies, et qui n'avaient pas été constatées pendant la vie.

L'*entérite*, chez les très jeunes enfants, peut être une complication sérieuse (P. Jousset).

La *paralysie* consécutive est très fréquente ; elle existerait chez un quart des enfants qui guérissent (H. Roger). Nous croyons cette proportion un peu exagérée.

Elle peut être *limitée* au voile du palais ou *généralisée*.

(1) Union médicale, 1877, n° 92.

La *paralysie limitée* ne siège qu'au niveau correspondant aux fausses membranes ; elle se rencontre le plus souvent pendant la convalescence, quoiqu'elle puisse débuter pendant la maladie elle-même ; ses symptômes sont le nasonnement, la difficulté de la déglutition, qui s'accompagne de violents accès de toux et du retour des aliments par le nez.

L'enfant ne peut ni souffler, ni sucer, lorsque la paralysie est considérable; dans ce cas, les aliments sont absorbés très difficilement, et peuvent, en passant dans la trachée, amener la mort par asphyxie.

Il est exceptionnel que la *paralysie généralisée* ne débute pas par le pharynx et le voile du palais ; elle est habituellement précédée par des prodromes : tristesse, pâleur, amaigrissement, puis les symptômes pharyngiens apparaissent.

La paralysie atteint ensuite l'œil et se localise surtout sur les muscles moteurs et accommodateurs : d'où strabisme, difficulté pour distinguer et pour lire. La cécité peut exister complète, mais rarement. Plus tard ou simultanément, on observe des troubles du côté des muscles du cou et des membres; les enfants soutiennent mal leur tête qui s'infléchit sur la poitrine ; il survient des fourmillements dans les jambes, puis dans les bras ; la paralysie est ascendante ; elle atteint d'abord les membres inférieurs, puis les supérieurs, et enfin les muscles du tronc et les muscles respirateurs; elle est ordinairement incomplète, et atteint la sensibilité comme la motilité. Rarement hémiplégique, elle revêt presque toujours la forme paraplégique; dans certains cas, on observe des signes analogues

à ceux de l'*ataxie locomotrice*. La paralysie diphthéritique s'accompagne souvent d'*atrophie musculaire*.

Les *sphincters* sont rarement atteints; les *muscles respirateurs* et le *cœur* le sont ordinairement en dernier, et c'est par leur paralysie que la mort peut survenir. La paralysie des muscles respirateurs amène de la dyspnée, du tirage sous-sternal et la mort par asphyxie; la *parésie du cœur*, le ralentissement du pouls et la mort par syncope.

La mort peut aussi survenir par le passage dans les voies aériennes du bol alimentaire, et par inanition et épuisement.

La *guérison* est beaucoup plus fréquente; elle est souvent assez rapide sous l'influence de l'électricité; quelquefois, très lente, malgré tous les moyens employés.

En dehors des complications que nous venons de décrire, on peut observer des affections concomitantes: la *scarlatine*, la *rougeole*, la *fièvre typhoïde* et la *coqueluche*, par exemple; dans ce cas, on a affaire à une *diphthérie secondaire*, qui revêt en général une forme grave.

PRONOSTIC. — Nous croyons devoir dire un mot du pronostic, avant de passer au traitement. Le croup est plus grave avant deux ans, quoiqu'il y ait des guérisons après trachéotomie avant cet âge. Le pronostic est aussi plus mauvais, lorsque la diphthérie est secondaire, lorsqu'il y a des hémorrhagies et de l'intumescence générale du cou (forme putride); la bronchite pseudo-membraneuse, la pneumonie et les paralysies précoces sont aussi de mauvais signes.

TRAITEMENT. — *Prophylaxie.* — Il n'y a que l'éloignement qui puisse empêcher la transmission de la diphthérie; la *belladone* (TM), administrée comme dans les cas de scarlatine, nous a paru produire bon effet; mais c'est un moyen incertain; il en est de même des évaporations d'*eau bromée*, recommandées par M. Ozanam.

Traitement de la forme commune. — Dans la *période angineuse*, nous donnons au début, *belladone* (TM), et *cyanure de mercure* (3e trit.) alternés lorsqu'il y a une douleur de gorge marquée, avec extension de la douleur à l'oreille par la déglutition; le *cyanure* répond aux fausses membranes, et il n'y a qu'à se reporter au traité des empoisonnements de Tardieu, pour voir que l'intoxication par le mercure nous donne un tableau complet de la diphthérie pharyngée, plutôt même de la forme putride que de la forme commune. C'est au Dr Beck, de Monthey-en-Valais, que nous devons d'employer le cyanure, plutôt que les autres préparations mercurielles; ce médecin et le Dr Villers, de Saint-Pétersbourg, avaient coutume de se servir de la 30e dilution. Un de nos confrères éminents de Rennes, le Dr Petit, a cru remarquer que la 3e trituration, qui nous est plus habituelle, produisait quelquefois des aggravations, et il conseille de la remplacer par la 6e.

Quelques homœopathes américains conseillent de remplacer la belladone par le *phytolacca* (TM), qui produit des symptômes douloureux assez analogues du côté du pharynx, et qui aurait, dans les expérimentations du Dr Burt, produit des fausses membranes.

Apis (3e trit. à TM) est recommandé par R. Hughes, lorsque la gorge est rouge et comme œdématiée.

Lorsque les symptômes douloureux ont cédé, nous continuons le *cyanure de mercure* seul, et si l'amélioration ne vient pas, nous le remplaçons par *spongia tosta* (1ere trit. déc.). Ce médicament correspond, par sa pathogénésie, plutôt aux symptômes de la période croupale, qu'à ceux de l'angine; il nous a rendu cependant des services incontestables et rapides. Nous avons été amené à le prescrire parce qu'il contient plusieurs substances et en particulier du *brome*. Or, nous nous étions plusieurs fois bien trouvé du *brome*, si recommandé par le Dr Ozanam. Ce qui nous a fait abandonner l'eau bromée, c'est que les enfants l'absorbent difficilement à cause de son goût et de son odeur, et que c'est une préparation qui s'altère rapidement; voici cependant la formule que nous employions, en en faisant prendre une cuillerée à dessert ou à café toutes les deux heures :

Brome pur,	1 goutte.
Bromure de potassium,	0 gr. 25
Eau distillée,	100 grammes.

Si les fausses membranes ne cèdaient pas avec le cyanure ou le spongia, nous donnerions *cantharis* (3e à 1re); ce médicament a été employé avec succès par les Drs R. Hughes et Drysdale; Bretonneau a produit, du reste, par des applications répétées, de véritables fausses membranes.

Dans la *période croupale*, nous avons deux médi-

caments très importants; ce sont: *spongia tosta* (1re trit. déc.), et *hepar sulfuris* (3e à 1re trit.). Ces deux médicaments correspondent à la gêne de la respiration par obstacle laryngé, à l'enrouement et à la raucité de la voix, à l'aphonie, à la respiration anxieuse et gênée, aux accès de suffocations. Ils se distinguent par les caractères de leur toux; *spongia* produit une toux sèche et sifflante ; *hépar sulfuris*, une toux grasse et enrouée. Du reste, Archambault, dans l'article *Croup* du Dictionnaire Dechambre, dit que le foie de soufre, qui a été employé autrefois par les médecins de Genève, pourrait peut-être être repris dans le traitement du croup. Ainsi, suivant les caractères de la toux, nous donnerons *spongia* ou *hepar*, que nous alternerons d'ordinaire avec le *cyanure de mercure*.

En dehors de ces médicaments, nous trouvons *iodum* (3e déc.) recommandé par R. Hughes et Meyhoffer, surtout dans le croup d'emblée ; *bromum*, prôné par le Dr Ozanam ; la *bryone* (3e à TM) recommandée par le Dr Love, à cause des expériences de Curie, qui aurait produit des fausses membranes chez les chats par l'administration de ce médicament ; du reste, Teste recommandait comme le traitement le plus important, l'alternance d'*ipeca* (6e) et de *bryone* (6e).

Nous préférons de beaucoup les deux premiers médicaments et surtout *spongia tosta* qui contient du reste de l'*iode* et du *brome*.

Lorsque les symptômes du croup tendent à durer et à devenir pour ainsi dire chroniques, surtout lorsqu'il y a en même temps des signes de bronchite pseudo-membraneuse, le *kali-bichromicum*, médica-

ment encore peu employé en France, nous paraît bien indiqué ; il est donné par R. Hughes à la 6e et à la 3e dilution ; et ce médecin conseille lorsque l'enfant sait et veut se gargariser, l'usage externe d'une solution de 0,05 par 200 grammes d'eau.

Nous arrivons maintenant à deux médicaments, qui ont été recommandés d'une manière intercurrente, pendant les accès de suffocation pour en diminuer l'intensité ; ce sont *moschus* (1re trit. et 1re trit. déc.) et *sambucus* (TM). Ces deux médicaments correspondent tous les deux à la dyspnée considérable avec suspension de la respiration par constriction laryngée ; ils agissent sur l'élément spasmodique, qui a une certaine part dans l'accès de suffocation. Nous préférons le *musc* parce que sa volatilité le fait agir presque aussi bien par olfaction que par la voie stomacale.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici du traitement chirurgical du croup, de la *trachéotomie*, parce que l'importance de cette opération est telle que nous nous réservons de la traiter à part à la fin de ce chapitre.

Traitement de la forme bénigne. — *Belladone* et *cyanure de mercure* alternés ou *cyanure* seul, suivant les indications, suffisent ordinairement. Si les fausses membranes persistent, on pourra donner *cantharis* ou *kali-bichromicum*.

Traitement de la forme putride. — C'est la forme qui amène le plus souvent la mort dans la diphthérie ; nous ne sommes pas complètement désarmés contre elle et nous avons encore assez souvent des guérisons dans des cas graves.

Le *cyanure de mercure* correspond, comme nous l'avons vu plus haut, non seulement aux symptômes de l'angine, mais aussi à un état général grave et à l'*anorexie ;* nous avons l'habitude d'alterner ce médicament avec l'*arsenic* (3e trit.) qui ne répond pas aux symptômes locaux de la diphthérie, mais qui est parfaitement en rapport avec l'état général, la chute des forces, la tendance aux hémorrhagies et l'albuminurie.

Spongia tosta est indiqué surtout par les symptômes laryngés : dans un cas grave de diphthérie putride que nous avons vu l'année dernière et où commençaient à se produire des symptômes laryngés (voix rauque, enrouée, toux éteinte) nous avons donné ce médicament alterné avec l'arsenic et, non seulement les symptômes laryngés, mais les symptômes d'angine, les fausses membranes, la prostration, les ganglions ont diminué et disparus, alors que le cyanure donné précédemment ne les modifiait pas.

En dehors de ces médicaments nous recommandons le *lachesis* (3e trit.), qui est très bien indiqué par sa pathogénesie et contre les affections locales de la diphthérie putride (angine, coryza) et contre l'état général grave : tendance aux hémorrhagies, aux gangrènes ; gonflement considérable des ganglions : bouffissure de la face ; l'*apis* (2e trit. à TM) qui est surtout employé en Amérique et qui, d'après le Dr Claude, est indiqué par le gonflement excessif des ganglions et du tissu cellulaire du cou, par la pâleur de la face et la tendance aux syncopes.

Le *carbo vegetabilis* (30e) trouvera son emploi à la période terminale, où il sera indiqué surtout par l'état asphyxique.

En dehors de ces médicaments, quelques-uns de nos confrères homœopathes, abandonnant la loi des semblables et les indications positives tirées de la matière médicale, se sont laissé envahir par l'esprit du jour et, croyant à l'hypothèse de l'empoisonnement, ils ont essayé, dans la diphthérie putride, des substances antiseptiques ayant une action hypothétique contre les microbes. Le *permanganate de potasse*, le *chlorure de chaux* et l'*acide phénique* ont produit entre leurs mains des résultats avantageux si extraordinaires que nous ne pouvons les croire sérieux.

Traitement de la forme ataxique. — Nous n'avons aucune expérience clinique et nous nous bornons à signaler les médicaments qui pourraient être essayés.

Dans la variété très rapide, *belladona* et *stramonium* (3e à TM) paraissent convenir aux symptômes cérébraux et *lachesis* (3e trit.) à l'état général.

Dans la variété spasmodique, *phosphorus* (6e à 3e trit.) et *moschus* (1re trit. déc.) sont indiqués contre les symptômes de spasmes, *lachesis* (3e trit.), *secale cornutum* (1re trit.) contre les symptômes de paralysie précoce.

Traitement des complications. — Nous nous bornerons à faire ici le traitement des *paralysies diphthéritiques.*

Pour les autres complications, nous renvoyons aux différentes maladies auxquelles elles se rapportent.

Pour les paralysies, le *lachesis* (3e trit.) et le *secale cornutum* (1ere trit.) qui contiennent dans leur pathogénésie des symptômes très marqués de paralysie

du voile du palais, nous paraissent indiqués dans la paralysie localisée et au début de la paralysie généralisée.

Rhus toxicodendron (3e trit.) convient aux engourdissements qui siègent dans les membres et à la paralysie progressive et ascendante. Le *phosphore* (6e et 3e trit.) et l'*arsenic* (6e et 3e trit.) conviendront ensuite si l'état persiste. *Plumbum* (6e et 3e trit.) sera indiqué lorsque la paralysie sera ancienne et accompagnée d'atrophie musculaire.

Le Dr Hughes recommande beaucoup l'usage de *gelsemium sempervirens* (2e) qui lui aurait plusieurs fois réussi.

L'*électricité*, sous forme de *faradisation*, devra être employée comme moyen auxiliaire contre les paralysies diphthéritiques. Elle accélérera presque toujours la guérison.

Applications locales. — Les moyens qui sont destinés à faire disparaître les fausses membranes (arrachement, cautérisation), ou à combattre l'agent contagieux (vaporisations et injections de liquides antiseptiques), nous paraissent complètement illusoires, la diphthérie étant une maladie générale qui subsistera même si l'on fait disparaître l'affection locale du pharynx ; tous ces moyens, en outre, fatiguent et ennuient les enfants ; nous les rejetons complètement.

Cependant lorsque les enfants savent se gargariser ou sont dociles, nous conseillons un gargarisme au *permanganate de potasse* (0,25 pour 100) lorsque les fausses membranes répandent une odeur infecte.

Soins hygiéniques. — Alimentation substantielle, surtout constituée par le lait ; chambre chaude

et aérée. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet à propos des soins consécutifs à la trachéotomie.

TRACHÉOTOMIE. — La trachéotomie est une opération, qui consiste à ouvrir la trachée (trachéotomie), ou la partie inférieure du larynx et la trachée (crico-trachéotomie), pour donner à l'air une entrée dans la poitrine, ou pour permettre d'extraire un corps étranger des voies aériennes. Dans le croup, la trachéotomie a pour but de suppléer, par un orifice artificiel, à l'orifice glottique rendu imperméable par les fausses membranes. Cette opération n'est donc pas destinée à guérir la maladie ; elle ne peut qu'empêcher l'asphyxie imminente et donner par cela même le temps à la médication d'agir.

Indications. — L'indication véritable est l'asphyxie imminente par un obstacle laryngé. Ce n'est donc pas dès que le diagnostic *croup* est posé, qu'il faut faire la trachéotomie, mais seulement lorsque l'asphyxie est imminente. Il y a, en effet, un assez grand nombre de guérisons du croup sans opération et à la suite d'un traitement interne.

Nous pensons que c'est vers la fin de la 2e période du croup, lorsque les accès de suffocation sont répétés et se rapprochent, lorsqu'il existe entre eux une dyspnée continue, qu'il faut décider l'opération.

Les *contre-indications* sont tirées de la forme de la diphthérie, des complications, des maladies concomitantes et de l'âge de l'enfant.

La *forme putride*, lorsqu'elle est très grave, avec coryza fétide, engorgement ganglionnaire énorme,

œdème du tissu cellulaire, hémorrhagies, est considérée par notre ancien maître Archambault (1), comme une contre-indication formelle. D'autres auteurs, au contraire, considérant que l'opération ne peut en rien augmenter la gravité de l'état du malade, et qu'elle apporte toujours un soulagement à l'accident asphyxie, sont d'un avis opposé.

Les complications de *broncho-pneumonie* et de *pneumonie* ne sont pas des contre-indications absolues ; il est, du reste, difficile de les constater d'une façon certaine.

La *bronchite pseudo-membraneuse*, qui ne se constate sûrement que par le rejet de fausses membranes arborisées, n'est qu'une mauvaise condition, mais ne doit pas empêcher l'opération (Archambault).

Les maladies concomitantes, comme la *rougeole* et la *scarlatine*, doivent beaucoup assombrir le pronostic, et lorsque la diphthérie revêt en même temps la forme putride, nous croyons qu'il vaut mieux s'abstenir.

Notre première opération en ville, qui a été suivie de guérison, a eu justement pour sujet un enfant qui était à la fin de la période d'éruption de la rougeole et qui avait un état général assez satisfaisant.

L'*âge* a une très grande importance, et on peut dire, d'une façon générale, que plus l'enfant est âgé, mieux il résistera.

Trousseau conseillait de ne pas pratiquer la trachéotomie avant l'âge de deux ans ; mais la publi-

(1) Archambault, article Croup, *Dict. des sciences médicales*, 1re série, t. XXIII.

cation d'un certain nombre de succès, chez des enfants de sept mois à deux ans, a modifié cette opinion.

Opération. — Les instruments nécessaires pour pratiquer la trachéotomie sont :

1° Un *bistouri pointu ;*

2° Un *bistouri boutonné ;*

2° Un *dilatateur;*

4° Des *canules.* Les canules doivent être munies d'avance de deux rubans et d'une rondelle de taffetas gommé. Nous trouvons bien de remplacer le taffetas gommé par de l'amadou qui est moins irritant pour la plaie.

On devra avoir sous la main deux ou trois canules de calibre différent pour être sûr d'en avoir une pouvant entrer facilement dans la trachée.

Pour un enfant au-dessous de 2 ans, on préparera des canules n^{os} 1 et 2; de 2 à 4 ans, n^{os} 2 et 3 ; de 4 à 6 ans, n^{os} 3 et 4 ; à 6 ans et au-dessus n^{os} 4 et 5 ; chez un opéré de douze ans nous avons employé le n° 6.

5° Des *écarteurs mousses*, des *pinces à forcipressure*, du *fil à ligature* et de *l'amadou.*

Lorsque les instruments sont préparés, il faut s'occuper du lit opératoire et des aides.

Pour opérer, si l'on se sert d'un lit, il faudra le recouvrir de plusieurs matelas pour que le patient se trouve bien à la hauteur de l'opérateur ; mais il est préférable de prendre une table, une petite commode, car dans ce cas un seul matelas suffira pour donner la hauteur nécessaire, et le meuble offrira un plan plus résistant; elle doit être bien placée au point de vue de l'éclairage,le jour devant la fenêtre;

la nuit, devant une cheminée garnie de plusieurs lampes et bougies.

L'oreiller nécessaire pour élever le cou et les épaules de l'enfant doit être très résistant.

Le Dr de Saint-Germain, en roulant un oreiller ordinaire, autour d'une bouteille obtient un très bon résultat.

L'enfant doit être complètement déshabillé et entouré dans une couverture dont les deux extrémités, ramenées en avant, viennent embrasser chacune une des épaules, tout en laissant le devant du cou parfaitement libre.

Il faut au moins deux aides, dont un au moins soit médecin ; on confiera la tête à ce dernier ; il la tiendra fortement immobilisée, en embrassant le front avec sa main gauche, pendant que sa main droite maintiendra la nuque ; il ne doit, sous aucun prétexte, cesser de maintenir la tête dans l'immobilité la plus absolue ; la tête est placée un peu en arrière de l'oreiller qui se trouve sous les épaules et le cou, de façon à tendre la trachée et à la projeter en avant ; l'autre aide maintient fortement les deux épaules et le thorax au moyen de la couverture, et si personne ne tient les pieds, il peut les maintenir en s'appuyant un peu dessus.

On est quelquefois appelé auprès du malade à un moment où l'asphyxie est tellement imminente qu'on n'a pas le temps de faire tous ces préparatifs ; il faut alors agir suivant les circonstances et opérer où et comme on peut ; dans le lit même de l'enfant si cela est nécessaire.

Il y a plusieurs manières de faire la trachéotomie, nous ne décrirons pas ici la trachéotomie

lente, comme la faisait Trousseau, parce qu'aujourd'hui, chez l'enfant au moins, on ne l'emploie plus.

Nous nous trouvons, en réalité, en présence de deux procédés : le *procédé Bourdillat* modifié, qui est employé par presque tous les internes des enfants, et le *procédé en un temps*, du Dr de Saint-Germain.

Dans le procédé Bourdillat, l'enfant est placé et maintenu comme nous l'avons dit plus haut, et l'opérateur se met à sa droite ; il saisit le larynx avec la main gauche entre le pouce et les trois derniers doigts, l'index étant placé sur la saillie du cricoïde. Avec le bistouri tenu par la main droite, comme une plume à écrire, on fait une première incision sur la ligne médiane commençant immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde et longue de trois centimètres environ, intéressant seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; une seconde et une troisième incision bien sur la ligne médiane diviseront l'aponévrose profonde et les tissus placés en avant de la trachée.

Arrivé sur la trachée, que le doigt reconnaîtra facilement à cause des anneaux qui la composent, on la ponctionne avec la pointe du bistouri qu'on aura soin de ne pas enfoncer à plus d'un demi-centimètre et on divise, en allant de haut en bas, trois anneaux cartilagineux. Dès que le bistouri a pénétré dans la trachée on en est averti par la sortie de l'air qui passe bruyamment à travers la plaie en faisant jaillir du sang. On est arrivé au moment souvent le plus difficile de l'opération, à l'introduction de la canule ; on prend le dilatateur à poignée et on l'introduit fermé dans l'orifice trachéal, dont

on a eu soin de bien marquer la place par l'index de la main gauche. Une fois le dilatateur introduit, on asseoit l'enfant en continuant à lui maintenir la tête et les mains, on écarte les branches du dilatateur et on introduit la canule; l'extrémité de la canule étant dans la trachée, on retire d'une main le dilatateur, pendant qu'on enfonce de l'autre complètement la canule, que l'on attache immédiatement derrière le cou; on doit essayer d introduire la canule la plus grosse possible.

Le procédé en un temps du Dr de St-Germain est un peu plus rapide et pourrait être utilisé dans un cas pressant; c'est, à proprement parler, une crico-trachéotomie. L'opérateur, étant placé comme nous avons dit plus haut, saisit fortement le larynx avec la main gauche comme s'il voulait l'énucléer; il recherche la saillie du cartilage cricoïde et plonge le bistouri au-dessus de cette saillie, au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, dont la situation est indiquée alors par une petite dépression transversale de la peau; le bistouri enfoncé à un centimètre 1/4, un centimètre 1/2 tout au plus, est dans le larynx, et l'opérateur en est averti par une petite pluie de sang qui s'échappe par la cannelure qui existe sur le bistouri que notre ami Dubar avait fait faire à cet usage. On doit alors, en allant de haut en bas, bien sur la ligne médiane, inciser en sciant toute l'épaisseur des chairs dans une étendue de trois centimètres et on termine l'incision en inclinant en bas le manche du bistouri de façon que l'incision de la peau soit plus prolongée en bas que celle de la trachée, l'introduction de la canule se fera comme dans le procédé précédent.

Archambault n'employait pas ce procédé parce qu'il lui paraissait exposer aux hémorrhagies et parce qu'il expose à diviser la paroi postérieure des voies aériennes et à atteindre l'œsophage, accident qui est arrivé à M. de Saint-Germain lui-même dans le service de M. Labric.

Accidents de la trachéotomie. — L'*hémorrhagie* peut être mortelle si on a blessé la carotide ou le tronc brachio-céphalique, ce qui est arrivé lorsqu'on faisait la trachéotomie à la partie inférieure du cou, mais ce qui n'arrive plus avec les procédés que nous avons décrits.

L'hémorrhagie en nappe assez abondante due aux veines sectionnées et à la section du corps thyroïde est assez fréquente ; il faut terminer l'opération rapidement parce que l'introduction de la canule arrête ordinairement l'écoulement du sang; si le sang continue à couler, on pourra le plus souvent l'arrêter en appliquant de l'amadou. Si l'hémorrhagie continuait, il serait préférable de retirer la canule et d'en introduire une plus grosse. Si le sang épanché dans la trachée menace de mort par asphyxie, il faudrait titiller la trachée par des barbes de plumes, faire la respiration artificielle. Les injections d'éther ont rapidement ranimé un de nos opérés. Archambault proscrit comme inutile et inefficace l'aspiration avec la bouche du liquide de la trachée.

Lorsque l'opération a été faite *in extremis*, il peut arriver que la respiration peut cesser au moment où l'on commence l'opération ou pendant qu'on l'accomplit. On doit terminer rapidement l'opération puis chercher à ramener la respiration, par la respiration artificielle, par des injections sous-cuta-

nées d'éther, par l'excitation des parois internes de la trachée avec une barbe de plume, par la flagellation avec une serviette mouillée, etc.

La *syncope* qui peut survenir sans raison appréciable pendant l'opération est un accident beaucoup plus grave, qui peut amener la mort du malade et qui nécessite les mêmes soins que l'absence de respiration.

Les *incisions vicieuses* sont ordinairement faites sur la partie latérale de la trachée ou sont dirigées obliquement; elles gênent pour l'introduction de la canule, qui est quelquefois impossible, et peuvent devenir le point de départ de l'emphysème sous-cutané. On est quelquefois obligé de refaire une seconde incision pour pouvoir introduire la canule.

Si l'*incision* était trop courte, il faudrait remplacer le bistouri pointu par le bistouri boutonné et prolonger l'incision en haut ou en bas.

La perforation de la paroi postérieure de la trachée est un accident grave qui peut rendre l'introduction de la canule très difficile.

L'*emphysème* ne présente pas d'ordinaire une grande gravité; tantôt il survient pendant l'opération, à cause d'une incision latérale ou d'une incision incomplète; tantôt il survient seulement les jours suivants, soit que la canule est devenue trop courte par le gonflement du cou, soit que l'incision de la trachée est trop longue et que l'extrémité de la canule est sortie de la trachée ou à cheval sur sa paroi antérieure. Dans ce dernier cas, il y a en même temps gêne de la respiration et suffocation; l'introduction d'une canule plus longue pourra presque toujours remédier à cet accident.

Soins consécutifs. — L'opération terminée, on lave le sang qui souille l'enfant, on lui met du linge chaud et on le porte dans son lit.

Les soins minutieux, dont on doit ensuite entourer l'opéré, sont de la plus haute importance et influent beaucoup sur le résultat final.

Nous recommandons d'entourer le cou de l'enfant avec une cravate de tarlatane. C'est à Trousseau que nous devons cette pratique; elle a pour but d'empêcher l'enfant de respirer par sa canule un air froid et trop sec. La cravate s'imbibe rapidement de vapeur d'eau et communique de l'humidité à l'air qui la traverse. On doit la changer aussi fréquemment qu'elle se couvre de crachats et de débris de fausses membranes.

La chambre doit être, à une température de 16 à 18 degrés centigrades, maintenue humide à l'aide d'une bouilloire, ou d'un pulvérisateur à vapeur. L'enfant respire ainsi plus facilement et il ne se forme pas de croûtes dans la canule.

Aussitôt après l'opération, l'enfant a une petite toux repétée et rejette par sa canule des mucosités sanguinolentes, qui cessent assez rapidement.

Les caractères de la respiration permettront à la personne chargée de surveiller l'enfant de savoir à quel moment elle devra enlever la canule interne pour la nettoyer.

Quoiqu'on doive être très réservé pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération, on pourra cependant espérer beaucoup lorsque, la respiration étant le plus souvent calme et silencieuse, on entendra de temps à autre dans la canule de gros râles muqueux et lorsque l'expectoratoin

sera franchement muqueuse, composée d'un liquide blanc et visqueux; une expectoration opaque et jaunâtre sera aussi d'un assez bon pronostic. Les débris de fausses membranes sont aussi assez favorables; les morceaux de membranes tubulées, au contraire, présentent une assez grande gravité parce qu'ils indiquent une bronchite pseudo-membraneuse.

La présence d'une fausse membrane dans la trachée est annoncée par un certain degré de gêne respiratoire et quelquefois par un bruit de drapeau; on peut alors, soit avec des pinces courbes, soit avec une barbe de plume, essayer d'enlever la fausse membrane; l'ablation momentanée de la canule amenant un effort de toux pourra aussi en favoriser la sortie.

Lorsque la respiration est sèche, précipitée, et que l'expectoration est à peu près nulle, en un mot, lorsque la canule interne est sèche, c'est un mauvais signe; cependant, en tenant devant l'ouverture de la canule une éponge imbibée d'eau bouillante (Revilliod (1) ou en dirigeant sur cette ouverture un jet de vapeur tiède, on peut parfois soulager l'enfant et ramener l'expectoration favorable.

Une expectoration séro-purulente et fluide, s'accompagnant d'une sorte de clapotement continu dans la canule, présente le plus mauvais pronostic.

La fièvre est presque de règle dans les heures qui suivent la trachéotomie et s'explique par le traumatisme.

Si elle persiste le 2e ou le 3e jour après l'opération, avec respiration 45 à 50 par minute et absence d'appétit, c'est aussi un mauvais signe.

(1) D'Espine et Picot., loc. cit.

La canule interne doit être retirée et nettoyée lorsque la respiration paraîtra bruyante; on se sert pour cet usage d'un écouvillon ou d'une barbe de plume.

L'*alimentation* doit être réparatrice: on devra au début se borner au lait et aux œufs, si l'enfant les accepte; surtout le lait sous toutes ses formes (potages, chocolat au lait, café au lait, etc.) doit être le fond de la nourriture; mais dès le second jour, si l'enfant a faim, on peut lui donner des œufs, un peu de viande hachée, de la viande crue, de l'eau rougie, un peu de grog, du champagne.

Le *changement de la canule* se fait au bout de 24 à 36 heures; à ce moment les lèvres de la plaie sont assez résistantes et on pourra, en général, réintroduire la canule sans se servir du dilatateur.

Au moment où on retire la canule, la toux fait jaillir des mucosités sanguinolentes et des débris de fausses membranes.

La plaie doit être lavée avec soin avant de réintroduire la canule. Trousseau et Archambault recommandent de la toucher légèrement avec un crayon de nitrate d'argent. Nous croyons plus avantageux, surtout si la plaie est un peu grisâtre, d'en enduire des bords avec une pommade à l'iodoforme (5 gr. pour 20 de vaseline).

Ce pansement et ce changement de canule sera fait toutes les 24 heures jusqu'à l'ablation définitive.

Si la plaie est de bonne nature, la canule sera plus ou moins salie par les mucosités; mais elle ne présentera pas de changement de coloration; il en sera autrement si la diphthérie ou la gangrène a envahi la plaie et alors la canule sera noirâtre aux places en contact avec les parties malades.

Ablation de la canule. — C'est une affaire de tâtonnement et on devra, vers le 3e jour, commencer à chaque pansement à rechercher si le larynx est libre, en obturant un moment la plaie extérieure. L'ablation pourra le plus souvent se faire du 4e au 6e jour; on a pu quelquefois la pratiquer dès le 3e jour, mais dans certains cas on est forcé d'attendre quelquefois très longtemps.

Lorsque l'enfant supporte bien l'absence de canule pendant une heure ou deux, il y a avantage à la retirer complètement; on le fera le soir, au commencement de la nuit, que l'on passera dans une chambre voisine pour être prêt à remettre la canule si la respiration s'embarrassait.

Après l'ablation de la canule nous nous contentons de faire laver plusieurs fois par jour la plaie, qui est fréquemment souillée, et de la recouvrir avec une cravate de gaze imbibée d'eau alcoolisée; si elle a vilain aspect et si le bourgeonnement est trop actif, il y aura avantage à la cautériser au nitrate d'argent ou à l'enduire de la pommade à l'iodoforme dont nous avons parlé plus haut.

La cicatrisation est ordinairement rapide, mais laisse une trace persistante.

COMPLICATIONS. — Le *spasme de la glotte*, qui survient promptement après l'ablation de la canule, et qui force souvent à la remettre, se voit surtout chez les enfants nerveux, qui s'inquiètent de rester sans canule ; il peut survenir à l'occasion d'une colère, d'une quinte de toux. Il peut mettre un obstacle assez long à l'ablation de la canule ; on se sert alors de la canule à soupape de Broca.

La *paralysie diphthéritique* des muscles du larynx et du pharynx peut aussi empêcher l'ablation de la canule. On la combattra par les médicaments que nous avons indiqués et par la faradisation; l'usage de bouillie, de gelée, est nécessaire; il faut même quelquefois recourir à la sonde œsophagienne.

Les *polypes de la trachée* (1) qui surviennent après l'ablation de la canule, et qui sont probablement une modification des bourgeons charnus, présentent une assez grande gravité. Les symptômes qui peuvent faire reconnaître l'existence de ces polypes débutent ordinairement plusieurs jours après la guérison complète de la trachéotomie; quelquefois après un mois, jamais après deux.

La *première période* est courte et caractérisée seulement par un léger ronflement nocturne et par une gêne de la respiration qui devient sifflante dans le jour, après un effort ou une contrariété. La *deuxième période* présente une gêne respiratoire constante, qui augmente sous l'influence des mouvements, d'une colère; à un degré plus avancé, on observe un ronflement surtout nocturne, un *cornage*. La *troisième période* est caractérisée par l'apparition des accès de suffocation qui peuvent se présenter sous deux formes distinctes : tantôt ils atteignent subitement leur maximum d'intensité et la mort peut être instantanée; tantôt ils s'établissent graduellement.

Il ne faut pas attendre l'apparition des accès de suffocation pour intervenir, en pratiquant une nou-

(1) Pétel. *Des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie.* Delahaye, Paris, 1879.

velle trachéotomie, qui empêchera sûrement la mort du malade. L'incision se fait dans la cicatrice elle-même ; si l'on voit le polype, on le détruit par l'arrachement, combiné avec les cautérisations ; si on ne le constate pas immédiatement, il pourra devenir apparent plus tard, même au bout de plusieurs mois, ou disparaître spontanément par la compression de la canule. Les enfants guérissent toujours de cette seconde trachéotomie (Archambault).

Les *hémorrhagies secondaires* sont assez rares ; elles sont ordinairement petites, mais indiquent souvent une diphthérie assez grave. Un peu de compression avec de l'amadou les arrêtera promptement.

Des hémorrhagies secondaires mortelles ont été signalées, quoique très rares ; elles sont dans ce cas causées par une ulcération de la trachée et des gros vaisseaux par l'extrémité inférieure de la canule.

L'*inflammation* et *la diphthérie de la plaie* ne présentent d'ordinaire aucune gravité et disparaîtront avec des soins de propreté, ou en appliquant sur la canule de la vaseline et même de la pommade à l'iodoforme.

La *gangrène* de la plaie peut être superficielle ou profonde : dans le premier cas, elle est sans aucune gravité ; dans le second, au contraire, elle est souvent mortelle, à cause de l'étendue des parties mortifiées (peau, anneaux de la trachée, etc.) et parce qu'elle est l'indice d'un état général grave ; nous conseillerons, comme traitement interne, les médicaments de la forme putride, des reconstituants, et comme traitement externe des cautérisations au nitrate d'argent, la pommade à l'iodo-

forme. On recommande aussi de sortir l'enfant au grand air (d'Espine et Picot).

L'*érysipèle* est une complication rare, mais d'une gravité réelle ; on devra donner les médicaments de cette maladie et en particulier *china* (TM.)

Les *ulcérations de la trachée* ont lieu soit à la partie antérieure de ce conduit au point en contact avec l'extrémité de la canule, soit sur la paroi postérieure, au point en contact avec le talon de cet instrument. Le plus souvent superficielles et sans gravité, elles s'annoncent par la coloration noirâtre de la canule aux points en contact avec les ulcérations. On peut les prévenir en se servant de canules à extrémités taillées en biseau ou en ayant des canules de courbures un peu différentes, de façon qu'elles ne compriment pas les mêmes points de la trachée.

Cependant on a vu, comme nous l'avons dit plus haut, les ulcérations de la trachée amener une hémorrhagie secondaire mortelle par ulcération d'un gros vaisseau.

Résultats. — Les résultats de la trachéotomie sont aujourd'hui assez favorables pour encourager à la pratiquer. Nous empruntons au traité de d'Espine et Picot les statistiques suivantes :

		Opérés	Guéris	
Roger et Sée..	Paris	446	126	28 %
Archambault.	Paris	53	17	32 %
West.....	Londres	30	7	23 %
Jacobs	New-York	213	50	23 %
Prof. Bartels.	Kiel	61	17	27 %
Prof. Wilms.	Berlin	330	103	21 %
Prof. Revilliod	Genève	121	54	44 %

Nous ne pouvons rapprocher de ces chiffres les nôtres encore insuffisants ; depuis notre sortie de l'Hôpital des Enfants, nous avons pratiqué 13 opérations et nous avons guéri 8 enfants, soit plus de moitié des cas. Il est vrai que nous ne serons peut-être pas toujours aussi heureux.

DYSENTERIE

La dysenterie est une maladie assez rare pendant l'enfance, où elle présente les mêmes caractères que chez l'adulte.

C'est surtout avant 5 ans qu'on l'observe et principalement vers 2 ans; elle est quelque fois *sporadique*, mais le plus souvent épidémique.

FORMES. — La dysenterie chez les enfants revêt la *forme commune* et la *forme bénigne*.

Forme commune. — Précédée ou non de prodromes (courbature et diarrhée), cette forme débute ordinairement par un mouvement fébrile intense, précédé de frissons et accompagné de vomissements. Les selles caractéristiques apparaissent bientôt, en même temps que le mouvement fébrile diminue ; elles contiennent un peu de matières fécales au début, puis sont composées de mucus glaireux et sanguinolent; quelquefois de fausses membranes imitant le lavure de chair; elles sont très fréquentes, peuvent varier de vingt à quarante par jour, s'accompagnent d'un ténesme considérable et sont précédées de coliques.

Ces symptômes augmentent pendant le premier

septénaire, les selles sont incessantes, l'anus est béant; on observe un amaigrissement considérable; le pouls est petit et fréquent.

La guérison est ordinairement assez longue à venir; elle s'annonce par la diminution du nombre des selles, qui redeviennent stercorales, par la disparition de la fièvre, le retour complet de l'appétit. La convalescence est longue et troublée souvent par des diarrhées et même par de véritables rechutes.

La mort est annoncée par l'amaigrissement squelettique, le collapsus et le refroidissement, état assez analogue avec la période algide du choléra.

La dysenterie peut passer à l'état chronique, qui se termine souvent par la mort par épuisement.

On observe quelquefois dans la convalescence de la paraplégie et du rétrécissement de l'intestin.

Forme bénigne. — Peu ou pas de fièvre; les selles caractéristiques ne s'observent que pendant quelques jours et sont assez rares. La maladie dure de 4 à 7 jours. Nous avons observé cette année deux enfants dont la guérison a eu lieu le quatrième jour et dont la maladie avait débuté par un mouvement fébrile extrêmement violent, comme celui qu'on rencontre dans la forme commune.

TRAITEMENT. — Dans la forme commune le *mercure* est le médicament qui réussit presque toujours à enrayer rapidement la maladie. Nous le donnons sous forme de *corrosivus* (3e) lorsque la dysenterie est bien développée avec selles très sanguinolentes. Le *solubilis* (3e trit.) convient mieux

dans les cas légers, quand il y a peu de sang dans les selles et un ténesme modéré.

Le *capsicum annuum* (3e à 1e trit.) est indiqué surtout par le ténesme et les coliques qui accompagnent les selles. La *coloquinte* (3e à 1 déc.) convient surtout contre la violence des coliques et lorsque les selles sont composées d'un mucus verdâtre.

L'*aconit* (TM) est surtout un médicament du début, où il est indiqué par l'intensité du mouvement fébrile.

L'*ipéca* (1re trit. déc.) est un bon médicament, lorsque la dysenterie s'accompagne de vomissements répétés et de beaucoup de sang dans les selles.

Les Américains recommandent beaucoup aussi le *collinsonia canadensis* (1re).

Si la dysenterie passe à l'état chronique, nous administrerons le traitement de la diarrhée chronique à laquelle nous renvoyons aussi pour le régime de cette période.

Le régime alimentaire est important dans le traitement de la dysenterie; lorsque l'état est intense, nous conseillons une alimentation très réduite : lait coupé, jaune d'œuf en lait de poule, bouillon bien dégraissé, grog Plus tard et progressivement on passera aux potages légers, aux œufs à la coque, aux viandes rôties et grillées.

OREILLONS

Les oreillons sont une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par la fluxion des glandes salivaires et surtout des parotides. Contrairement

à la *parotidite secondaire*, qui survient dans le cours d'une autre maladie, de la fièvre typhoïde en particulier, les oreillons atteignent toujours les deux parotides et ne suppurent jamais.

Ils sont surtout fréquents de 5 à 15 ans et ne surviennent presque jamais avant 2 ans. Ils ne récidivent généralement pas. Ils sont précédés d'une période d'incubation variant d'ordinaire de 8 à 15 jours.

Le début peut être marqué par un appareil fébrile intense, avec fièvre, mal de tête, vomissements et même convulsions ; le gonflement d'une des parotides se montre alors le deuxième jour ; dans un grand nombre de cas, il y a absence complète de fièvre et l'affection locale est le premier symptôme. La déglutition et l'ouverture de la bouche, la mastication surtout sont douloureuses ; le gonflement augmente, est surtout saillant au niveau du lobule de l'oreille ; il est douloureux à la pression. Lorsqu'il y a de la fièvre, elle tombe vers le quatrième jour, lorsque la fluxion glandulaire est complète ; du quatrième au sixième jour la glande commence à diminuer et c'est ordinairement à ce moment que l'autre parotide se prend, et sa fluxion suit une marche absolument semblable et ramène souvent un mouvement fébrile analogue. On a signalé de la sécheresse de la bouche par une diminution de la sécrétion salivaire ; la salive a sa composition normale. L'évolution complète pour les deux côtés dure en général une dizaine de jours. La résolution est la règle, mais elle est plus ou moins complète ; il persiste quelquefois un peu d'induration, surtout chez les scrofuleux.

Les oreillons pourraient se terminer par suppuration (Dionis). D'Espine et Picot, à qui nous empruntons ce fait, disent que cette terminaison est si rare qu'elle n'a jamais été observé par Rilliet et Barthez

Il n'y a presque jamais de complication chez les enfants ; on a pourtant signalé des accidents cérébraux méningitiques graves, qui sont très rares.

L'*orchite ourlienne*, beaucoup plus rare que chez l'adulte, se rencontre quelquefois chez les garçons et est souvent suivie d'atrophie du testicule.

La fluxion des grandes lèvres, des ovaires et des mamelles sont exceptionnelles chez les petites filles.

TRAITEMENT. — Le traitement est simple : *aconit* (T.M) au début, lorsqu'il y a de la fièvre ; *mercurius solubilis* (3e trit.) pendant le gonflement lorsque le mouvement fébrile a diminué.

S'il y avait des symptômes cérébraux marqués *belladone* (3e à 1ere) serait le meilleur médicament. Contre l'orchite *pulsatilla* (3e) si elle est peu douloureuse ; *hamamelis* (TM) si elle l est beaucoup.

COQUELUCHE

La coqueluche est une maladie épidémique et contagieuse, caractérisée par les quintes caractéristiques qui se développent pendant sa seconde période.

Elle s'observe à tout âge mais principalement de un à sept ans, paraît un peu plus fréquente chez les filles et ne récidive pour ainsi dire jamais.

FORMES. — Nous avons deux formes à étudier, la *forme commune* et la *forme bénigne*.

Forme commune. — Après une incubation de quelques jours (2 à 7?), la coqueluche débute et parcourt trois périodes.

Période de bronchite. — D'une durée variable, cette période est ordinairement de 15 jours; elle peut se prolonger un mois, ou n'être que de 7 à 8 jours; chez les tout jeunes enfants même, la maladie peut débuter par la seconde période. Dans cette période, l'enfant présente de la bronchite avec coryza et ordinairement un peu de fièvre, mais la toux est opiniâtre et a une tendance à devenir quinteuse.

Période convulsive. — Les quintes, d'abord plus longues que dans la période précédente, revêtent bientôt leur aspect caractéristique; elles sont alors composées d'une suite d'expirations répétées, entrecoupées de temps à autre par une inspiration bruyante et prolongée; la quinte se termine par des efforts de vomissements, par un vomissement ou au moins par l'expulsion de mucosités filantes. Pendant les quintes, qu'ils sentent ordinairement venir, les enfants s'asseoient, se cramponnent aux personnes qui les entourent; ils sont rouges, bouffis, violacés.

Dans les fortes quintes, on observe des épistaxis ou des ecchymoses sous-conjonctivales.

Les quintes surviennent spontanément ou après une colère, un mouvement de déglutition. L'enfant sent sa quinte se préparer par du malaise, un chatouillement laryngé et quelquefois par un râle en

tendu à distance; l'enfant paraît triste et inquiet.

Le nombre des quintes varie de vingt à trente par jour dans les cas ordinaires et peut s'élever à soixante et même plus dans quelques cas. Elles sont, en général, plus fréquentes la nuit.

Chez les enfants très jeunes, le sifflement est moindre et peut manquer ; la quinte consiste surtout en dyspnée et en cyanose de la face.

On observe rarement de la fièvre pendant cette période ; l'appétit est bon ; les digestions naturelles, excepté lorsque les quintes sont fréquemment suivies de vomissements. A l'auscultation on ne rencontre que quelques râles sonores à moins qu'il n'y ait une complication.

Pendant cette période, les quintes augmentent pendant trois semaines, restent stationnaires pendant quelques jours ; elles disparaissent vers la cinquième semaine ; dans les cas longs, elles persistent des mois (d'Espine et Picot .

L'approche de la 3e période est annoncée par l'éloignement des quintes, qui deviennent grasses, puis diminuent d'intensité.

3e *période*.— La toux perd son caractère de quintes; elle est suivie d'une expectoration assez abondante de crachats épais et jaunâtres. Cette période dure plus ou moins longtemps, et chez les enfants prédisposés à la phthisie, elle peut en devenir le point de départ. De plus, sous l'influence d'un refroidissement, la seconde période peut reparaître avec tous ses caractères; mais elle est alors d'assez courte durée ; le plus souvent, on observe seulement pendant quelques mois une tendance à avoir des quintes lorsque l'on tousse.

La coqueluche se termine par la guérison, à moins d'un accident ou d'une complication.

Forme bénigne. — D'une durée plus courte et d'une intensité moindre, cette forme occasionne des quintes peu fréquentes, survenant surtout au moment du lever et du coucher. Les quintes peuvent être d'une durée aussi longue que dans la forme commune.

COMPLICATIONS. — Les unes sont de simples accidents dus à la violence de la toux, les autres de véritables complications. Les premières sont l'*ulcération sublinguale*, causée par le frottement des incisives sur le frein, explication contestée, car on aurait observé cette ulcération avant la dentition; les *hémorrhagies*, dont nous avons déjà parlé, et qui consistent en hémorrhagies sous-conjonctivales et épistaxis; on a signalé, en outre, des hémoptysies et des hémorrhagies par le conduit auditif; les *vomissements* qui peuvent, par leur fréquence, amener des troubles de nutrition; l'*emphysème* qui, causé par la rupture d'une vésicule pulmonaire, débute par le médiastin, envahit le cou et peut se généraliser. C'est alors une complication très grave et souvent mortelle.

Les véritables complications sont le *spasme de la glotte*, les *convulsions*, la *broncho-pneumonie*, la *phthisie* et l'*anasarque*.

Le *spasme de la glotte*, qui est l'exagération de la contraction qui se fait au niveau de la glotte à chaque quinte, peut amener la mort. Il s'observe surtout avant l'âge de quatre ans.

L'*éclampsie* survient surtout chez les enfants qui

sont dans le travail de dentition ; elle est annoncée par de l'agitation, et les convulsions surviennent du 18e jour au 35e jour (Rilliet et Barthez); elles sont suivies d'un état de somnolence et de coma, et l'enfant succombe rapidement. La guérison est exceptionnelle.

La *broncho-pneumonie* se montre surtout chez les tout petits enfants et apparaît ordinairement plusieurs semaines après le debut Cette complication s'accompagne de fièvre et de ses caractères propres; les quintes de toux diminuent ou disparaissent et sont remplacées par une toux sèche. La mort en est le plus souvent la conséquence, surtout avant deux ans et lorsque les enfants ont eu la coqueluche et la rougeole successivement.

La *phthisie pulmonaire* est une complication assez fréquente chez les enfants prédisposés. Il en est de même de la méningite tuberculeuse.

L'*anasarque* a été signalée dans quelques épidémies (P. Jousset) et se comporte comme l'anasarque scarlatineux.

TRAITEMENT. — La coqueluche est une des maladies que nous guérissons le plus vite, parce que les indications de chaque médicament sont très précises; cette réputation nous fait entrer dans bon nombre de familles pour soigner les enfants atteints de cette maladie ; mais souvent, lorsque nous les avons guéris de la coqueluche, on fait venir un médecin allopathe pour soigner une autre maladie, comme si nos médicaments qui agissent si rapidement dans la coqueluche étaient sans effet dans les autres maladies.

Pendant la période d'invasion, nous employons les médicaments du catarrhe bronchique (voir ce chapitre). Les deux qui sont le plus employés sont l'*aconit* et l'*ipéca* : l'*aconit* (TM) principalement lorsqu'il y a de la fièvre ; si la toux domine ainsi que l'oppression, on aura recours à *ipeca* (3e trit.).

Nous entrerons dans plus de détails pour le traitement de la période convulsive.

Drosera (6e à 3e trit.) est le médicament le plus souvent indiqué ; il convient dans la coqueluche lorsque les quintes s'accompagnent de vomissements d'aliments et d'épistaxis.

Cina (3e et 2e trit.) est indiqué par la toux non suivie de vomissements alimentaires, s'accompagnant de prurit nasal, et se prescrit de préférence chez les enfants gros et rouges.

Belladona et *hyosciamus* (6e à 3e) répondent à la toux quinteuse plus fréquente la nuit : dans la pathogénésie de la belladone, nous trouvons aussi que l'enfant sent venir sa quinte et est triste pendant cette attente et que la quinte se termine par un éternuement. Lorsque les quintes sont fréquentes la nuit, nous prescrivons un de ces deux médicaments en l'alternant avec *drosera* ou *cina*, suivant les caractères de la quinte, soit tantôt l'un, tantôt l'autre, soit l'un pendant le jour, l'autre pendant la nuit.

Coccus cacti (6e à 3e trit.) convient à peu près dans les mêmes cas que *drosera* et lorsqu'il ne réussit pas, soit seul, soit alterné avec ce médicament ; il est indiqué principalement lorsque les quintes sont très spasmodiques et s'accompagnent de l'émission d'urines claires et abondantes ; il convient particulièrement chez les enfants nerveux.

Cuprum (12e à 3e trit.) est plutôt un médicament des complications; on le prescrit dans les quintes très violentes avec couleur violette des lèvres et de la face, avec petits mouvements convulsifs; c'est le médicament principal de la coqueluche compliquée de spasme de la glotte et même d'éclampsie.

Conium et *ambra grisea* (3e trit.) sont moins employés que les précédents; ils correspondent pourtant à la toux quinteuse de la nuit et pourraient remplacer les solanées en cas d'insuccès.

Coralia rubra (30e et 12e) qui réussit dans les toux spasmodiques de toute nature peut aussi rendre des services dans la coqueluche. Il en est de même de *viola odorata* (6e et 3e); *veratrum* (3e) est plus souvent employé, alterné avec *drosera* ou *cina*; il est surtout indiqué par des vomissements répétés, du malaise avant la quinte et par la diarrhée.

Teste recommande beaucoup *chelidonium majus* (6e) qui, avec *coralia rubra*, est pour lui le médicament principal.

Pendant la période de déclin, lorsque les quintes sont suivies d'expectoration facile et abondante, *pulsatilla* (3e trit.) ou *kermès* (1re trit.); si l'expectoration est difficile, *tartarus* (12e ou 6e). Nous retrouverons ces médicaments et nous détaillerons leurs indications à propos de la bronchite.

Pour les complications, nous renvoyons au traitement de la broncho-pneumonie, des convulsions, du spasme de la glotte, de l'épistaxis, etc.

Soins hygiéniques. — Contrairement aux habitudes assez répandues aujourd'hui qu'il faut sortir les enfants pendant la coqueluche et les changer d'air (d'Espine et Picot, Rilliet et Barthez, Bouchut),

nous conseillons le séjour à l'appartement et nous arrivons avec cette réclusion et le traitement homœopathique, non seulement à guérir assez rapidement la maladie, mais surtout à éviter d'une façon à peu près certaine la broncho-pneumonie, qui est la cause de mort la plus fréquente dans la coqueluche.

Lorsque les quintes ont cessé et qu'il ne reste plus qu'une toux grasse et catarrhale, le changement d'air peut alors avoir un résultat favorable.

CHAPITRE V.

NÉVROSES

EPILEPSIE

L'épilepsie est une névrose qui débute souvent pendant l'enfance, mais qui ne lui est pas spéciale.

Elle débute pendant la seconde enfance et souvent chez des enfants qui ont présenté de l'éclampsie dans la première, soit qu'il y ait eu un intervalle de santé assez long entre les deux affections, soit que l'éclampsie, devenant chronique, se soit insensiblement continuée avec l'épilepsie.

L'hérédité joue un grand rôle dans sa production, et les épileptiques descendent de parents épileptiques eux-mêmes ou ayant présenté une autre névrose, hystérie, folie, migraine.

L'ivresse du père pendant la conception et l'alcoolisme paraissent y prédisposer les enfants.

Chez les enfants, pendant longtemps, l'épilepsie ne se manifeste que par des atteintes de *petit mal* : *vertiges*, *absences* avec pâleur de la face, marmottement et yeux fixes; la nuit, incontinence d'urine passagère. On a observé aussi des *mouvements convulsifs limités :* secousses convulsives des doigts pendant une ou deux minutes; tic convulsif de la paupière; balancement oscillatoire de la tête d'arrière en avant décrit sous le nom de tic de Salaam.

« Les enfants inclinent la tête et plient légèrement le haut du corps en avant, mouvement qui s'exécute avec une grande rapidité, quelquefois vingt, cinquante, cent fois de suite, puis cesse et peut se reproduire une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Pendant l'attaque l'enfant paraît hébété, mais l'intelligence reparaît complètement après chaque attaque. » En même temps il y a un affaissement de l'intelligence et l'affection se transforme promptement en épilepsie confirmée (West).

Au bout d'un temps plus ou moins long, les *grandes attaques* apparaissent, ordinairement assez éloignées et présentant absolument les mêmes caractères que chez l'adulte : aura, chute, contraction tonique de tous les muscles, puis convulsions cloniques, écume, morsure de la langue, ronflement ; après l'attaque l'enfant reprend son état habituel; mais lorsqu'elles sont fréquentes, il existe presque toujours un affaiblissement des fonctions intellectuelles ; l'*idiotie* peut même en être la conséquence. Plus l'épilepsie est précoce, plus l'intelligence est atteinte (West).

TRAITEMENT. — Nous ferons pour le traitement, comme pour la description, nous irons rapidement, car cette névrose n'est pas spéciale aux enfants.

L'*acide nitrique* et le *nitrate d'argent* (12e) sont les médicaments principaux du vertige.

Belladona (12e) ou *sulfate d'atropine* (3e et 2e trit.), répond aussi au vertige et aux convulsions localisées dans les mains.

Calcarea carbonica (12e) et *causticum* (30e) correspondent aux vertiges avec mâchonnement ; le *cal-*

carea est un médicament important, indiqué depuis longtemps et qui réussit souvent à procurer une amélioration.

Enfin le *cocculus* (12e et 6e) est souvent indiqué dans les vertiges et les améliore.

Les quatre derniers médicaments sont aussi ceux que l'on emploie, lorsque les grandes attaques ont commencé.

En outre, nous donnons *cuprum* (12e) dans les accès complets et principalement dans les accès nocturnes; *silicea* (30e), *acide hydrocyanique* (3e à 6e) ont aussi donné quelques succès.

Rana buffo (3e trit.) et *salamandra* (3e trit.) alternés un jour l'un, un jour l'autre, produisent aussi quelquefois de l'amélioration.

Mais l'épilepsie est souvent une maladie complètement incurable, dans laquelle les médicaments, même les mieux indiqués, échouent et dans ces cas, lorsque les accès se répètent fréquemment, nous sommes parfois obligé de recourir au bromure de potassium à hautes doses, qui, s'il ne guérit pas la maladie, éloigne le retour des accès.

ÉCLAMPSIE

Nous décrirons surtout ici l'éclampsie essentielle, celle qui se développe en dehors des maladies fébriles et de l'albuminurie; mais ce que nous dirons du traitement se rapportera à toutes les variétés de convulsions éclamptiques.

Les convulsions se développent surtout pendant les deux premières années de la vie; elles s'observent rarement après 5 ans et d'une façon excep-

tionnelle après 7. L'hérédité joue un certain rôle dans leur apparition, puisqu'elles sont très fréquentes dans certaines familles, exceptionnelles dans d'autres : l'hystérie chez la mère y prédispose.

L'éclampsie se montre assez souvent chez les enfants vigoureux, plus souvent encore chez les enfants souffrants et débilités.

Les causes occasionnelles les plus fréquentes sont la *dentition*, la présence des *vers intestinaux*, les *indigestions*, l'*insolation*, les *émotions morales*, même celles de la nourrice; les convulsions peuvent survenir chez les enfants prédisposés sans aucune cause appréciable.

Nous avons vu, à propos des fièvres, *rougeole*, *scarlatine*, à propos de la *coqueluche*, que l'éclampsie pouvait se montrer à titre de complication; il en est de même pour la *pneumonie*, etc.

FORMES. — Nous décrirons une *forme commune* et une *forme apyrétique*.

Forme commune. — L'attaque survient souvent sans aucun prodrome; quelquefois elle est précédée pendant quelques jours d'insomnie, de réveils en sursaut, d'agitation, de mauvaise humeur; dans l'éclampsie qui survient à l'occasion de la dentition, l'attaque est presque toujours précédée et accompagnée d'un mouvement fébrile assez violent, de céphalalgie et de vomissements.

Lorsque l'attaque commence, le regard devient fixe, exprime la terreur, puis rapidement le globe oculaire est pris de mouvements cloniques qui entraînent la pupille sous la paupière supérieure; puis de mouvements dirigés latéralement, qui sont

suivis d'un strabisme prononcé. Les pupilles sont dilatées au début de l'accès, puis contractées pendant toute sa durée. En même temps, les muscles de la face entrent en contraction, les commissures des lèvres sont agitées de mouvements convulsifs : il y a souvent un peu d'écume rosée sur les lèvres ; la mâchoire inférieure est agitée de haut en bas ; quelquefois on observe du trismus avec grincement de dents. La tête est ordinairement portée en arrière. La main est fermée, le pouce incarcéré, les avant-bras alternativement fléchis et étendus sur le bras ; le poignet passe de la supination à la pronation et vice-versâ, de sorte que les membres supérieurs ne restent pas en repos et sont tortillés en tous sens. Les mêmes symptômes existent moins prononcés du côté des extrémités inférieures. Du côté du tronc, on observe surtout des convulsions toniques : immobilité du thorax, spasme de la glotte, d'où asphyxie commençante et rougeur de la face (Rilliet et Barthez). Les spasmes du diaphragme et de la glotte produisent souvent une respiration plaintive. Les convulsions, tout en occupant les deux côtés du corps, sont en général beaucoup plus marquées d'un côté.

Lorsque les crises sont fortes, on peut observer l'incontinence de l'urine et des matières fécales ; la déglutition est ordinairement possible ; l'intelligence et la sensibilité sont le plus souvent abolies.

Le pouls s'accélère de plus en plus, devient très petit et disparaît lorsque la crise se prolonge ; la respiration est accélérée et bruyante.

Dans les crises plus légères, on n'observe pas tout

ce cortège symptomatique ; la face et les membres supérieurs sont seuls pris.

Après l'accès, l'enfant tombe dans le coma, pendant lequel apparaissent de loin en loin quelques petites convulsions isolées.

La maladie est souvent constituée par un seul accès après lequel l'intelligence revient, la fièvre tombe ; d'autres fois, au contraire, le mouvement fébrile persiste et on observe un second et un troisième accès avec quelques heures d'intervalles.

Dans les cas graves, on observe des accès si répétés qu'il n'y a, pour ainsi dire, pas d'intervalles entre eux ; d'autres fois une nouvelle attaque recommence avant que la précédente soit terminée, c'est ce qu'on nomme *état de mal*.

Après les convulsions violentes, la face et les paupières peuvent présenter des ecchymoses ; on a signalé comme conséquence des hémiplégies passagères et une diminution de l'intelligence.

La *mort* est assez rare ; elle arrive par asphyxie lente, ou par la suffocation produite par le spasme de la glotte ; quelquefois par syncope.

Forme apyrétique. — Dans cette forme les accès ne sont pas accompagnés de fièvre, mais reviennent à intervalle variable sous plusieurs aspects : *grandes convulsions*, comme celles décrites plus haut ; *petites convulsions*, limitées à la face, à un membre quelquefois avec conservation de la connaissance.

Cette forme n'est souvent que le début de l'épilepsie.

Convulsions symptomatiques. — Les convulsions de l'*asphyxie* sont en général partielles et incom-

plètes ; il y a alternance de coma et de convulsions.

Les convulsions qui se montrent au début des maladies fébriles (fièvre éruptive, pneumonie, etc.), sont ordinairement constituées par un seul accès, mais il est violent et généralisé.

Dans l'urémie, on observe surtout des accès rapprochés, et même l'état du mal.

PRONOSTIC. — Le pronostic doit être grave, lorsque les convulsions se répètent, lorsque la face est cyanosée, et qu'il existe du stertor ; la coexistence de spasme de la glotte et la très grande faiblesse du pouls sont aussi de mauvais signes.

TRAITEMENT. — *Prophylaxie.* — Chez les enfants prédisposés, il faut éviter les indigestions, faire usage de bains tièdes fréquents et éviter la constipation. Pendant les périodes de dentition, nous conseillons l'emploi de *chamomilla* et de *belladona* (6e ou 3e trit.) qui nous a paru avoir une action favorable, et qui, comme nous le verrons plus loin, calment les douleurs.

Traitement proprement dit. — Nous avons deux indications principales : arrêter l'accès qui existe ; guérir la maladie et en empêcher le retour.

Pour arrêter l'accès nous avons divers moyens :

Trousseau avait conseillé la *compression des carotides :* c'est un moyen qui réussit, mais beaucoup moins vite que les suivants. Le *chloroforme* et l'*éther* en inhalation sont des moyens rapides ; le premier doit être réservé pour les cas graves, pour l'état de mal en particulier et ne peut guère être employé que par le médecin, sans quoi il pourrait arriver des accidents ; l'éther est plus maniable et nous avons

plusieurs fois conseillé à des mères de l'employer, ce qu'elles ont fait sans inconvénient ; on verse quelques gouttes sur un mouchoir que l'on fait respirer à l'enfant et qu'on renouvelle dès qu'elles sont évaporées ; il faut encore faire ces inhalations avec précautions; on peut aussi administrer par la bouche l'éther sous forme de sirop, mais c'est moins actif.

Le *chloral* en lavement est encore le moyen qui nous paraît le plus pratique; il nous a toujours réussi et est d'une application facile. L'administration par la bouche nous paraît d'une action moins prompte et est difficile à cause du goût particulièrement désagréable de ce médicament. Nous faisons préparer une solution de 0,50 de chloral pour 100 grammes d'eau et on administre, suivant l'âge de l'enfant, le tiers ou la moitié en l'étendant d'un quart de verre d'eau. Si le lavement est rendu immédiatement, ou si les convulsions, après avoir été calmées, reparaissent, on renouvelle le lavement. Le plus souvent, quelques instants après, les convulsions se calment et l'enfant s'endort d'un sommeil paisible.

Comme traitement curatif, nous avons plusieurs médicaments que nous allons passer en revue en donnant leurs indications particulières ; ils seront administrés pendant l'accès et continué ensuite.

L'*aconit* (TM) convient surtout à la période fébrile qui précède l'apparition des convulsions; dès qu'elles ont commencé, nous aurons surtout à choisir entre les *solanées* et l'*œthusa cynapium*.

Belladona (3e) correspond complètement à l'accès d'éclampsie et à la fièvre; il est indiqué principalement par la rougeur de la face, les battements

des carotides, le gonflement des veines du cou et le retour des accès par la lumière.

Hyosciamus (3e) présente les mêmes indications, sauf la rougeur de la face; c'est lorsque la face est pâle qu'il sera employé.

Stramonium (3e) est moins souvent employé; il reproduit les mêmes symptômes que la belladone, mais la face est plus rouge, les convulsions tétaniques sont plus marqués que les cloniques, et elles sont excitées par le moindre contact.

L'*œthusa cynapium* (6e) est moins employé que la belladone, sa pathogénèse contient des symptômes assez analogues; attaques éclamptiques avec rougeur et bouffissure de la face; ce qui le distingue, c'est que la peau conserve sa température habituelle, il doit donc être réservé pour les cas où les accès sont accompagnés d'une fièvre légère.

Glonoin (1e) pourrait être essayé; c'est un médicament qui produit la rougeur de la face très intense et des convulsions éclamptiformes.

Dans la forme apyrétique, ou lorsque les accès sont incomplets, on donnera suivant les indications un des médicaments suivants :

Cina (3e trit.) convient surtout lorsqu'il il y a des symptômes vermineux; il produit des accès limités à un seul côté, surtout à la face.

Cicuta virosa (6e), médicament voisin d'*œthusa cynapium* correspond plutôt aux accès limités aux membres inférieurs.

Calcarea carbonica (12e) est employé surtout dans la forme apyrétique et pour éviter le retour des accès de la forme commune; il convient chez les enfants qui ont la dentition en retard.

Dans l'état de mal, en dehors du *chloroforme* et du *chloral*, qui ont une action rapidement favorable et qui doivent être donnés tout d'abord, nous donnerons, si la pupille est dilatée et la face rouge *belladone* (3e à 1e); si en outre il y a prédominence des convulsions toniques, *stramonium* (3e à 1e), si la face est pâle, *hyosciamus* (3e à 1e), si la face est rouge, congestionnée, avec pupilles contractées, *opium* (1re trit.).

Soins hygiéniques. — La chambre du malade doit être aérée et fraîche. Nous conseillons de donner aux enfants sujets aux convulsions une alimentation légère et l'abstinence complète du vin.

TÉTANOS DES NOUVEAU-NÉS

C'est une affection spéciale aux nouveau-nés, qui se développe du 1er au 9e jour de la vie; surtout le 3e ou le 4e. Cette affection est très rare dans nos climats et se voit plutôt dans les pays chauds, où elle sévit surtout sur les enfants des nègres; cependant West en a observé quatre cas dont trois à Dublin, et on en rencontre de temps à autre des cas dans les maternités de Copenhague et Pétersbourg (d'Espine et Picot).

L'irritation de la plaie ombilicale ne nous paraît pas une cause suffisante pour expliquer son développement.

Quoi qu'il en soit, au début de cette affection, l'enfant pousse des cris continuels; il essaie fréquemment de teter et saisit le sein, pour le lâcher presque aussitôt; le *trismus* apparaît bientôt, la mâchoire inférieure est maintenue immobile par

la contraction musculaire; la bouche est entr'ouverte; les mouvements de la langue sont gênés et cette gêne augmente progressivement; la déglutition devient rapidement impossible.

Les membres du tronc et des extrémités entrent en contractures assez rapidement et on observe de l'*opisthotonos* (incurvation du corps en arrière). Les périodes de rémission sont moins complètes que chez les adultes. En même temps la peau prend une coloration violette, la fièvre qui existe dès le début vers 40°, monte vers la terminaison jusqu'à 42° 43°, et même 44° (d'Espine et Picot). La mort survient dans le coma dans un temps très court de quelques heures au 5e jour.

Il existe des cas plus bénins avec absence de fièvre et terminaison favorable; dans ces cas le début est ordinairement tardif, le 5e ou le 6e jour après la naissance.

TRAITEMENT. — Dans cette maladie très meurtrière, on observe les mêmes symptômes que chez les adultes. Nous conseillerions les médicaments habituels du tétanos; nous n'avons aucune expérience clinique sur les résultats de nos médicaments dans ces cas.

Le *sulfate de strychnine* (2e trit.) est notre médicament le plus employé; l'*acide hydrocyanique* (1re) ou le *stramonium* (1er et TM) pourront être essayés ensuite.

Le *chloral* qui a une à action si remarquable contre l'éclampsie, devrait être donné en lavement de la même manière.

Bouchut cite deux observations suivies de guéri-

son dans lesquelles on avait administré *cannabis indica* (TM) a très fortes doses, 8 grammes pour 60 grammes d'eau, à prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Les grands bains tièdes amènent souvent du calme.

CHORÉE

La chorée est une névrose qui se rencontre surtout chez les enfants et particulièrement de 6 à 15 ans; elle est très rare avant 6 ans.

Les deux tiers des cas s'observe chez les filles, et c'est chez les enfants nerveux qu'elle se montre le plus souvent. Elle est plus fréquente dans les pays du nord que dans ceux du midi.

Elle n'est ni épidémique, ni contagieuse; quoiqu'elle puisse se développer par imitation chez les enfants prédisposés.

Comme cause occasionnelle, c'est la *peur* qui est le plus souvent citée. Toutes les maladies qui ont affaibli l'organisme (*chlorose*, *fièvres éruptives*, *fièvre typhoïde*, etc.) peuvent jouer le rôle de causes prédisposantes. La chorée a été considérée comme étant de nature *rhumatismale*, à cause des affections cardiaques et des douleurs articulaires qui se développent pendant son cours; nous croyons que cela n'a lieu ordinairement que par coïncidence.

FORMES.—Nous décrirons deux formes : la *forme commune* et la *forme grave*.

FORME COMMUNE.— On observe ordinairement des

prodromes: caractère bizarre et irritable, besoin de changer de place, insomnie, douleurs vagues dans les membres et au niveau de la colonne vertébrale.

Les mouvements choréiques débutent aussi quelquefois d'emblée; ils surviennent souvent d'une façon insensible et commencent par la face ou les mains. On observe d'abord des grimaces lorsque l'enfant veut parler; puis il devient maladroit et a des gesticulations bizarres; les mouvements sont ordinairement au début plus marqués du côté gauche (*hémichorée*).

A la *période d'état*, la face est grimaçante, la tête remue sans cesse, les paupières et les yeux sont continuellement en mouvement, la langue est projetée hors de la bouche, la parole est embarrassée et bégayante; les enfants ont un air niais et stupide.

Les membres sont agités de mouvements brusques, saccadés et trop étendus; lorsque l'enfant veut boire, il saisit fortement son verre, lui fait subir plusieurs oscillations pour le porter à la bouche, qu'il atteint difficilement, et souvent renverse le liquide sur lui ou s'inonde le visage; son écriture est très irrégulière; sa démarche est toute particulière, il avance par un mouvement saccadé et irrégulier, son allure est chancelante et pendant qu'il est debout, il ne peut demeurer immobile.

Les mouvements sont souvent plus marqués d'un côté; ils augmentent à l'occasion d'un mouvement volontaire ou d'une émotion; dans cette forme, ils cessent complètement pendant le sommeil, ce qui explique que les malades n'en éprouvent pas trop de fatigue.

Le caractère est ordinairement triste et irrascible; les sens de l'ouïe et de la vue diminuent; la pupille est dilatée; on observe de la céphalalgie, de l'anorexie, quelquefois de la boulimie. Il n'existe pas de fièvre.

On a signalé aussi des mouvements choréïques du côté des muscles de la vie végétative, du côté des muscles de la glotte et du côté des muscles du cœur, d'où palpitations et bruit de souffle. Ce souffle serait produit par des contractions choréïques des muscles papillaires, et disparaîtrait avec les autres manifestations de la chorée (d'Espine et Picot).

Enfin on observe quelquefois des paralysies incomplètes et passagères qui siègent au niveau des membres fortement atteints et sous l'influence desquelles les mouvements choréïques peuvent disparaître.

L'intelligence est, en général, affaiblie, ainsi que la mémoire, mais ces troubles ne persistent pas d'habitude après la fin de la maladie.

La chorée dure de six à dix semaines, quelquefois beaucoup plus longtemps; elle se termine presque toujours par la guérison, qui arrive graduellement.

Elle peut passer à l'état chronique, devenir incurable et s'accompagne souvent alors d'une diminution de l'intelligence (P. Jousset).

Les récidives sont fréquentes, ordinairement moins intenses, quoique le contraire puisse s'observer.

Forme grave. — Cette forme débute comme la précédente, mais les mouvements involontaires

augmentent rapidement au point d'empêcher la station et le sommeil.

Les enfants sont agités dans leur lit, au point de se cogner et de tomber par terre ; leur peau rougit et s'ulcère sous l'influence de ces mouvements continuels. Les mouvements choréïques rendent le sommeil et la déglutition presque impossibles, les enfants tombent dans un dépérissement complet et si la maladie n'est pas enrayée par le traitement, la fièvre s'allume et la mort survient assez rapidement ; soit avec un mouvement fébrile très intense, un délire violent et des symptômes de *méningite*, soit avec des convulsions générales et des symptômes de *tétanos*.

Dans ces cas, la maladie est très rapide et dure de deux à trois semaines. Quelquefois la terminaison fatale est plus lente et les enfants meurent épuisés avec des eschares, des suppurations abondantes, de la diarrhée, et une sorte de fièvre hectique.

TRAITEMENT. — *Traitement de la forme commune.* — Les médicaments sont nombreux ; nous allons les passer en revue avec leurs indications caractéristiques.

Tarentula (6e ou 3e trit.) est le médicament qui convient le plus souvent. Il est indiqué par les mouvements choréïques et des complications paralytiques ne seraient pas une contre-indication.

L'*agaricus muscarius* (3e à TM) est très recommandé par le Dr R. Hughes ; sa pathogénésie donne du reste une image assez complète de la chorée.

Belladona et *stramonium* (3e à TM) sont souvent utiles lorsque les deux médicaments précédents

n'ont pas suffi; le stramonium correspond à des cas plus intenses que la belladone.

Ignatia et *nux vomica* (12e à 1re trit.) sont conseillés par Hartmann et pourraient aussi trouver leur emploi dans cette maladie qui est longue et rebelle. Trousseau recommandait, du reste, le sirop de sulfate de strychnine.

Lorsque la maladie passe à l'état chronique, on pourra essayer un des médicaments suivants ; malheureusement ils réussiront difficilement et nous nous bornerons à les énumérer.

Calcarea carbonica (12e), *cicuta virosa* (6e et 3e) *cuprum* (30e à 3e trit.), *iodium* (6e et 3e trit.), *mercurius* (6e et 3e trit.), *opium* (3e trit.), *veratrum viride* (1e), *viscum album* (3e), *actæa racemosa* (3e à 1re) et *zincum* (12e à 3e trit.).

L'*hydrothérapie* qui remonte les forces de l'enfant, la *gymnastique*, qui agit de même et qui lui apprend à coordonner ses mouvements, peuvent être des adjuvants utiles.

Traitement de la forme grave. — Le *stramonium* et l'*agaricus muscarius*, dont nous avons parlé à propos de la forme commune, sont les deux principaux médicaments. Viennent ensuite *iodum* et *cantharis* (12e ou 6e) ; ce dernier médicament correspond bien à cette forme, puisque nous lisons dans sa pathogénésie que les mouvements convulsifs qu'il détermine chez l'homme sain persistent jour et nuit.

En dehors de ces médicaments on pourrait essayer *calcarea carbonica* (12e) et *conium* (3e à TM), qui sont indiqués principalement lorsqu'il y a de la difficulté à parler et que l'enfant se mord la langue.

Dans ces cas très intenses et qui peuvent être assez rapidement mortels, il faudra, si les mouvements choréïques ne diminuent pas par les médicaments précédents, recourir à la médication palliative et administrer soit le *bromure de potassium* à doses fortes, 2 à 4 grammes par jour, soit le *chloral* que l'on donnera en potion ou en lavement, en commençant par 1 gramme par jour et en augmentant progressivement jusqu'à 3 grammes.

Le *tartre stibié* à très hautes doses a été recommandé, mais ce traitement affaiblit beaucoup les malades et ne devra être employé que lorsque tous les autres moyens auront échoué : on en donne le 1er jour, 0,20 ; le 2e, 0,30 ; le 3e, 0,40 ; repos 3 jours, puis 0,25 ; 0,50 ; 0,75 ; repos trois jours et s'il n'y a pas d'amélioration réelle, 0,50, 0,60 et 0,90.

CONTRACTURE ESSENTIELLE DES EXTRÉMITÉS

La *contracture essentielle des extrémités* ou *tétanie* est une névrose caractérisée par des contractures symétriques des extrémités revenant par accès irréguliers et pouvant s'étendre aux muscles du tronc.

Cette maladie serait plus fréquente après 17 ans (Trousseau) ; cependant elle s'observe souvent chez les enfants, soit pendant la première dentition, époque à laquelle elle est plus fréquente chez les garçons, soit à l'époque de la puberté où elle se montre plutôt chez les filles.

On l'observe surtout chez les enfants nerveux et affaiblis par une maladie antérieure (fièvres et surtout diarrhée chronique). La dentition, les vers in-

testinaux et surtout l'impression du froid sont considérés comme causes occasionnelles.

FORMES. — Nous décrirons trois formes à cette maladie : la *forme commune*, la *forme tétanique* et la *forme fixe* ou *mono-musculaire*.

FORME COMMUNE. — Il y a quelquefois des *prodromes*, consistant en fourmillements, en engourdissements ou en fièvre légère; mais souvent la maladie débute brusquement en pleine santé.

Les crises de contractures commencent par les extrémités supérieures et gagnent ensuite les extrémités inférieures. Les doigts sont fléchis et le pouce dans le creux de la main. La contracture est toujours précédée de fourmillements; souvent cependant les phalanges restent étendues malgré la flexion des doigts; tantôt elles sont réunies en cônes et la main à l'aspect de celle de l'accoucheur qui va faire la version ; tantôt elles sont écartées, le poignet se fléchit à angle aigu, l'avant-bras est en légère pronation. Aux membres inférieurs, on observe la flexion des orteils, et l'extension du pied avec saillie du tendon d'Achille. Les membres sont très tendus, durs et douloureux ; les enfants pleurent, crient et sont agités.

Après un temps variable (de quelques minutes à quelques heures), l'engourdissement reparaît, les contractions cessent et l'accès est terminé. Les accès se répètent plusieurs fois par jour.

La maladie dure de cinq jours à deux mois ; elle disparaît souvent au bout de huit ou quinze jours chez les enfants ; elle récidive quelquefois.

Lorsqu'elle survient chez les jeunes filles au moment de la puberté, l'apparition des règles amène ordinairement la guérison. Une maladie intercurrente, une fièvre éruptive, par exemple, peut avoir le même résultat.

Forme tétanique. — Cette maladie est analogue à la précédente, sauf que les crises de contractures, après avoir débuté par les extrémités, s'étendent aux muscles du tronc et de la face ; on observe du trismus et de l'opistothonos. Cette forme est exceptionnelle dans l'enfance ; elle est plus grave que la précédente et pourrait causer la mort par l'asphyxie déterminée par la contracture des muscles de la respiration.

Forme fixe ou mono-musculaire. — Cette forme est caractérisée par la contracture intermittente d'un seul muscle ; c'est à elle qu'il faut rapporter certains cas de *torticolis intermittent*, de *coxalgie intermittente*, de *spasmes intermittents* des muscles dorso-lombaires, comme j'en ai observé un exemple sur un petit garçon de 7 ans. Ces spasmes intermittents peuvent amener une rétraction musculaire permanente et amènent alors des déviations de la taille et de la tête.

TRAITEMENT. — Le *solanum nigrum* (3e à 1re) produit des symptômes tout à fait analogues à ceux de la tétanie ; c'est le médicament principal de cette maladie. Le *cocculus* (3e), le *graphites* (6e et 3e trit.) et le *mercurius solubilis* (3e trit.) ont été conseillés en cas d'insuccès du *solanum nigrum*.

Nous nous sommes très bien trouvé de *nux vo-*

mica (TM) dans un cas chez un adulte ; ce médicament, du reste, nous paraît plus indiqué que les précédents dans le traitement de la forme tétanique.

Si la tétanie a une tendance à passer à l'état chronique, *plumbum* (6e ou 3e trit.) ou *secale cornutum* (1e trit.) pourraient être employés avec fruit.

TERREURS NOCTURNES

Cette affection est-elle une véritable névrose ? Nous croyons que sa description est ici à peu près à sa place.

Les terreurs nocturnes s'observent surtout au commencement de la seconde enfance et chez les enfants impressionnables. Comme cause, on a signalé les troubles digestifs et la constipation (West et Bouchut), la dentition et les vers. Elles peuvent se montrer sans aucune de ces causes occasionnelles.

C'est ordinairement deux ou trois heures après s'être endormi que l'enfant se réveille en criant et en appelant : il est assis dans son lit, en sueur ; la figure est empreinte de terreur et il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent. Pendant un quart d'heure environ, il paraît en proie à une hallucination terrifiante et rien ne le calme ; il pleure et il sanglote. Au bout de ce temps, il se calme, reconnaît ses parents et se rendort.

Ces accès peuvent se présenter à des intervalles éloignés ; ils peuvent être beaucoup plus courts ou, au contraire, durer deux ou trois heures.

Nous avons observé une petite fille qui, pendant une semaine environ, a été prise de ces terreurs nocturnes, tous les soirs à onze heures.

TRAITEMENT. — Il faut éviter avec soin toutes les histoires effrayantes qui peuvent faire peur aux enfants.

Si les terreurs nocturnes se renouvellent, nous croyons que le *stramonium* (3e à 1e) ou l'*opium* (3e à 1re trit.) en viendront rapidement à bout.

Le médicament que nous donnons de préférence est le *stramonium ;* nous réservons l'*opium* pour les cas qui s'accompagnent de constipation, surtout si les selles sont énormes.

CHAPITRE VI.

MALADIES DES AGES

AFFECTIONS ET ACCIDENTS LIÉS A LA NAISSANCE

MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS. — Cet état est ordinairement dû à l'asphyxie, quelquefois à une syncope.

L'asphyxie peut être causée par la compression du cordon pendant le travail, par un décollement prématuré du placenta, par les mucosités accumulées dans l'arrière-gorge et bouchant l'orifice du larynx.

La syncope est causée par une hémorrhagie provenant de la déchirure du cordon ou du placenta.

Dans les deux cas, les battements du cœur et du cordon sont affaiblis ou disparus ; le corps est flasque ; s'il y a asphyxie, la face est gonflée et violacée; les téguments sont bleuâtres ; s'il y a syncope, on observe une pâleur générale.

TRAITEMENT. — Dans le premier cas, on doit laisser saigner un peu le cordon avant de le lier ; dans le second, au contraire, on le lie avant de le couper. Dans tous les cas, il faut exciter les mouvements respiratoires, par la respiration artificielle, par la flagellation, par l'immersion dans un bain chaud; ou mieux, en plaçant successivement l'enfant dans l'eau très chaude et l'eau très froide. On doit

poursuivre ces tentatives avec une grande persévérance parce qu'on a souvent rappelé un enfant à la vie après plusieurs heures de soins.

Chute du cordon et accidents consécutifs. — Le cordon se flétrit du 1er au 3e jour ; puis se dessèche assez rapidement et tombe en laissant une cicatrice complète.

Hémorrhagie ombilicale. — Elle survient après la chute du cordon du 7e au 13e jour de la vie, et se fait par l'ombilic ; elle peut survenir au moment de la naissance par suite de l'*arrachement du cordon.* Elle est très grave, cependant elle peut être légère et s'arrêter spontanément (Bouchut). Lorsqu'elle est abondante, elle amènerait la mort si on ne l'arrêtait pas. Elle peut être symptomatique d'une diathèse hémorrhagique et s'accompagne alors de mælena (voir plus loin) et d'hémorrhagies par plusieurs voies ; elle est alors très grave.

TRAITEMENT. — Il n'y a qu'un moyen à employer ; on traverse avec une épingle la base du tubercule ombilical saignant ; on passe un fil en double au-dessous de l'épingle et on lie en masse ; les vaisseaux s'oblitèrent et la portion de peau comprise dans la ligature se mortifie.

(Pour le traitement des hémorrhagies concomitantes, voir les maladies localisées).

Phlegmon de l'ombilic. — M. Miquet (1) a décrit une inflammation de l'ombilic survenant dans la

(1) Epidémie d'érysipèle et d'ulcération de l'ombilic, chez le nouveau-né. Thèse 1857.

première semaine de la vie et coïncidant souvent avec les épidémies de fièvres puerpérales. Nous croyons que c'est en somme une variété de la *diathèse purulente*. L'enfant pousse des cris continuels, refuse le sein; le pouls est petit et fréquent; il y a de la diarrhée ou de la constipation. puis la région ombilicale devient rouge, s'ulcère et suppure; l'ulcération s'aggrandit; l'état général est très grave: le muguet apparaît et la mort survient du 2e au 3e jour; dans quelques cas, des bourgeons charnus apparaissent, une suppuration plus louable s'établit, la fièvre tombe et la guérison arrive.

TRAITEMENT. — On a conseillé des cautérisations au chlorure de zinc, qui produit une eschare qui s'élimine et qui est suivie d'une suppuration de bonne nature (?).

Si nous avions un cas pareil à traiter, nous panserions l'ulcération avec l'iodoforme, et nous donnerions à l'intérieur *china* (TM), à hautes doses comme dans l'érysipèle.

ACCIDENTS LIÉS A LA DENTITION

La première dentition est la seule qui nous occupera ici, elle se compose de l'éruption de vingt dents qui apparaissent ordinairement dans l'ordre suivant : les deux incisives inférieures médianes, du 4e au 7e mois; les quatre incisives supérieures du 8e au 10e mois; les quatre premières molaires et les deux incisives inférieures externes, du 12e au 14e; les quatre canines du 18e au 20e, et enfin, les quatre secondes petites molaires du 28e au 31e mois.

Tel est l'ordre et le moment d'apparition ordinaire, mais il y a de nombreuses exceptions.

Souffrances de la dentition. — Les souffrances les plus ordinaires de cette époque de l'enfance sont la *douleur des gencives*, avec rougeur d'une joue et paleur de l'autre, changement de caractère, insomnie et léger mouvement fébrile ; l'enfant porte ses doigts à la bouche, il salive beaucoup. Dans les cas plus intenses, on observe de la diarrhée et des vomissements, de la toux, des érythèmes et même des convulsions. Quelquefois, il existe, au contraire, de la constipation.

Il est bon de sevrer les enfants pendant les intervalles qui séparent l'apparition des dents et autant que possible après la sortie des canines.

TRAITEMENT. — La *chamomille* et la *belladone*, (6e ou 3e trit.) sont les deux médicaments qui répondent le plus à ces diverses souffrances ; il correspondent à la chaleur et la rougeur d'une joue, à l'irritabilité, à la diarrhée, aux vomissements et à l'insomnie.

Contre la fièvre et l'insomnie, l'*aconit* (1re trit.), nous a souvent réussi.

Contre l'insomnie on peut prescrire aussi *coffea*, (6e) ou mieux *coffeina* (1re trit) ; la *créosote* (12e), réussit quelquefois très rapidement.

Nous renvoyons au traitement de l'éclampsie, de la diarrhée, des vomissements, et de la constipation, pour ces divers accidents.

CHAPITRE VII

MALADIES PARASITAIRES

GALE

La gale est une maladie produite par un parasite animal, l'*acarus scabiei*; elle est toujours la conséquence de la contagion et se révèle par des vésicules et des *sillons* sous-épidermiques. L'affection débute par les pieds et les jambes chez les nouveau-nés qui sont contaminés par leur nourrice; un peu plus tard, le début a lieu par les cuisses et les fesses. Enfin, lorsque l'enfant marche, la gale commence par les espaces interdigitaux, comme chez les adultes.

TRAITEMENT. — Bain savonneux, puis frictions avec la pommade d'Helmerich. Les frictions avec le pétrole ont aussi amené des guérisons.

TEIGNES

Ces affections sont surtout fréquentes dans l'enfance, on en observe trois variétés : la *teigne faveuse*, la *teigne tonsurante* et la *pelade*.

TEIGNE FAVEUSE. — Elle est produite par l'*achorion Schœnleinii*, et attaque plutôt les garçons; elle se

voit surtout de 6 à 9 ans. Elle se présente sous forme de croûtes jaunâtres, qui ont la forme d'un *godet*, qui siège le plus souvent au cuir chevelu; quelquefois à la racine des ongles, qui deviennent jaunâtres et cassants.

Le début est marqué par du prurit, puis par une desquamation furfuracée, qui siège sur une surface large et irrégulière, les cheveux sont secs et cassants; bientôt apparaissent à ce niveau des points jaunâtres déprimés au centre, qui grandissent et forment des croûtes jaunâtres en forme de godets, traversés à leur centre par un ou plusieurs poils. Ceux-ci sont tantôt séparés les uns des autres, tantôt réunis en de larges plaques ayant un aspect alvéolaire, qui recouvrent une partie du cuir chevelu, et exhalent une odeur fétide.

Lorsque l'on fait tomber les croûtes, la peau sous-jacente est rouge et déprimée en alvéole; l'éruption des godets se reproduit en général assez vite.

Les cheveux s'altèrent davantage, ils deviennent gris cendré, s'arrachent facilement et tombent souvent en grande quantité.

On observe quelquefois simultanément de l'*impétigo*, des *abcès* du cuir chevelu et des *adénites* cervicales.

Si on ne guérit pas cette teigne, elle produit une alopécie incurable, et quelquefois de véritables cicatrices du cuir chevelu.

TRAITEMENT. — On commence par ramollir et enlever les croûtes au moyen de cataplasmes, puis on coupe les cheveux à deux ou trois centimètres de longueur, ensuite on commence l'*épilation* de

toute la surface malade, en enlevant chaque jour, les cheveux de trois à quatre centimètres carrés; on se servira pour cela d'une pince à mors larges, et on n'enlèvera qu'un ou deux cheveux à la fois, on fera après chaque épilation une lotion matin et soir avec une brosse imbibée de la solution suivante : sublimé 1 gr., eau 500 gr., alcool q. s.); on continuera ainsi tant que l'on aura à faire l'épilation; notre confrère le Dr Cramoisy, recommande des lotions matin et soir avec la solution suivante : acide salicylique, 2 gr.; ox. rouge de mercure, 1 gr., et acide pyroligneux; 1000 gr.: on terminera la cure par une pommade soufrée (2 gr. pour 30 gr. de vaseline), ou au turbith minéral (0,50 pour 30 gr.).

Les cheveux repoussent d'une coloration plus foncée; si, deux mois après, il n'y a pas eu de nouveaux godets, la guérison est complète ; mais, il y a très souvent une récidive.

Teigne tonsurante et herpès circiné. — Ces affections, distinctes comme siège, sont causées par le même champignon, le *trichophyton*; elles sont fréquentes chez les enfants, chez lesquels elles se transmettent par contagion.

L'herpès circiné est caractérisé tout d'abord par des taches arrondies rouges et saillantes, avec de petites écailles blanches ; ces taches s'accroissent par la périphérie, tandis que la partie centrale guérit, d'où la forme d'anneau sous laquelle l'herpès circiné se montre le plus communément. Il y a un peu de cuisson et de prurit à ce niveau, et les petits poils s'arrachent facilement. Cet herpès se développe au visage, au cou, aux mains, en général aux par-

ties découvertes; il a une tendance à guérir spontanément.

La *teigne tonsurante* est précédée de prurit, puis apparaissent des plaques arrondies qui sont le siège d'une desquamation furfuracée. On observe souvent des *vésicules* herpétiques disposées en cercles. Plus tard, les cheveux se cassent à un demi-centimètre de leur base, et on observe une ou plusieurs plaques ressemblant à une tonsure. Cette teigne est plus rebelle au traitement que le favus.

TRAITEMENT. — Contre l'*herpès circiné*, on a recommandé des lotions avec de la teinture d'iode, ou de la solution de sublimé indiquée plus haut.

Pour la *teigne tonsurante*, le meilleur traitement est celui de la teigne faveuse. On a conseillé aussi des frictions sur les parties malades avec de l'huile de croton, de la teinture de cantharide.

Pelade. — C'est probablement une maladie parasitaire, due au *microsporon audouini*, quoique quelques auteurs aient nié cette origine. Le début de cette affection est marqué par un changement d'aspect des cheveux, qui deviennent secs et poudreux par place, et par du prurit; plus tard, les cheveux tombent pour se reproduire de plus en plus altérés. Enfin, on voit apparaître des plaques dépouillées blanchâtres. Souvent la maladie guérit spontanément et les cheveux repoussent en bon état ; mais, quelquefois, il persiste une alopécie incurable.

TRAITEMENT. — Le même que pour la teigne faveuse.

VERS INTESTINAUX

Chez les enfants, on observe principalement l'*ascaride lombricoïde* et les *oxyures*, cependant les diverses variétés de *tœnia* peuvent se rencontrer.

Ascaride lombricoide. — Ces vers ressemblent aux vers de terre, comme taille et comme aspect ; ils se rencontrent surtout pendant la seconde enfance, à partir de trois ans ; les filles en sont plus souvent atteintes que les garçons. Ils se développent dans l'intestin grêle où leurs œufs ont été apportés par de l'eau non filtrée. Ils peuvent passer dans l'estomac, le gros intestin et même dans tous les points du tube digestif.

Ces vers produisent du malaise, des coliques, des nausées, des vomissements, de la diarrhée ; les enfants sont pâles, avec les yeux brillants et cernés, les pupilles sont dilatées, il existe du prurit nasal. Très souvent, il n'existe pas de symptômes appréciables et l'évacuation d'un ou de plusieurs vers vient attirer l'attention; c'est le plus souvent par l'anus, mais quelquefois dans un vomissement qu'ils sont expulsés.

Les selles contiennent une grande quantité d'œufs reconnaissables au microscope.

COMPLICATIONS. — Un certain nombre de névroses (convulsions, épilepsie, hystérie, chorée, etc.), ont paru sous leur dépendance, car elles disparaissent après un traitement vermifuge. Les méde-

cins contemporains sont portés à nier ces complications nerveuses; cependant, il en existe des observations incontestables: les vers intestinaux, même les *oxyures* peuvent produire des symptômes simulant la méningite (1).

L'*occlusion intestinale* par l'abondance des ascarides n'est pas prouvée chez les enfants (d'Espine et Picot).

Lorsqu'ils pénètrent dans les *voies biliaires*, ils peuvent amener des symptomes analogues à ceux des calculs biliaires, produire des abcès du foie qui peuvent s'ouvrir dans les plèvres ou les bronches, ou à la peau; on constate alors la présence des vers dans les produits de ces abcès.

Lorsqu'ils pénètrent dans l'*estomac*, ils sont ordinairement expulsés par vomissements; mais ils peuvent, en remontant par l'œsophage, s'introduire dans les voies aériennes et produire une suffocation ordinairement mortelle; sept morts sur huit observations (Davaine).

Ils peuvent par des ulcérations de l'intestin former du phlegmon et des abcès (*tumeurs vermineuses*), et venir se faire jour à la peau ou par l'urèthe (fistule vésico-intestinale).

TRAITEMENT. — Les principaux vermifuges sont: la *mousse de Corse* en poudre (4 à 16 gr.), dans du lait sucré: le *semen contra*, mais surtout sont principe actif, la *santonine* qui s'administre en pastilles de un centigramme, 5 pastilles au-dessous de

(1) Symptômes vermineux pseudo-méningitiques. Art. médical, décembre 1887.

2 ans, de 10 à 15 ensuite; la dose est répétée trois jours de suite, puis on fait prendre un léger purgatif.

Oxyures vermiculaires. — Ces vers sont blancs, tout petits, de quatre à dix millimètres; ils s'observent fréquemment chez les enfants. Ils se rencontrent dans la partie inférieure du gros intestin; le soir, ils sortent par l'anus et peuvent s'introduire dans les organes génitaux des petites filles.

Le prurit anal qu'ils déterminent et qui est très marqué ne permet pas de les méconnaître; les enfants se grattent continuellement; en examinant la marge de l'anus, on peut en découvrir dans les plis du sphincter. Chez les petites filles, ils produisent souvent de la vulvite avec prurit et peuvent être l'occasion de la masturbation. Les selles en contiennent souvent en grand nombre, surtout après un purgatif.

Ils peuvent amener des troubles nerveux comme les précédents.

Les récidives sont fréquentes.

TRAITEMENT. — Les vermifuges sont presque sans action; les purgatifs en expulsent un grand nombre. Le véritable traitement est constitué par des lavements. Les plus efficaces sont ceux d'eau sucrée, ou d'eau salée, d'une décoction d'ail; dans les cas rebelles, on donnera en lavement une solution d'acide phénique 0,25 pour 125 d'eau. On doit répéter les lavements pendant une quinzaine de jours.

Tænia. — Ces vers sont très rares chez les enfants

et l'on n'observe guère chez eux que le *tænia inerme*.

Les symptômes qu'ils déterminent sont les mêmes que chez les adultes, nous ne ne les décrirons pas ici. Ils peuvent amener des symptômes nerveux comme les précédents.

TRAITEMENT. — Le traitement est le même que chez l'adulte.

L'*écorce de racine de grenadier* est donnée à la dose de 15 à 40 grammes dans une potion ; le *kousso* à la dose de 10 grammes; la *semence de courge* mondée, à la dose de 15 à 20 grammes, mise en pâte avec du sucre et incorporée dans un loch; enfin, l'*extrait de fougère mâle* de 2 à 4 grammes en émulsion avec de l'oléo-saccharure de citron.

On administre ensuite de l'huile de ricin, 5 à 15 grammes suivant l'âge.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES LOCALISÉES

Nous décrirons dans cette seconde partie les maladies par appareils physiologiques, en suivant l'ordre anatomique, parce que les maladies d'un même appareil présentent certaines analogies et que les médicaments indiqués dans l'une d'elles le sont souvent aussi pour les maladies voisines.

Nous avons déjà indiqué (page 11), ce que nous entendions par maladies localisées et nous n'y reviendrons pas ici.

Nous étudierons successivement les maladies et affections du *système nerveux*, du *système digestif*, du *système respiratoire*, du *système circulatoire*, du *système génito-urinaire*, du *système locomoteur* et de la *peau;* nous terminerons par quelques mots, sur les maladies des *oreilles* et des *yeux*.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES ET AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

a) — **Maladies et affections de l'encéphale.**

VICES DE CONFORMATION

Acéphalie. — C'est, en général, un vice de conformation qui s'accompagne de beaucoup d'autres du côté des organes respiratoires et circulatoires. Il est caractérisé par l'absence de la tête et de la partie supérieure du cou, d'où absence du cerveau et de la moelle allongée.

Anencéphalie. — Ce vice de conformation qui est un degré amoindri du précédent est caractérisé par une absence du cerveau et quelquefois d'une partie de la cavité crânienne.

Encéphalocèle. — C'est une hernie du cerveau à travers d'une ouverture du crâne; il coexiste souvent avec le spina bifida. Il est caractérisé par une tumeur, le plus souvent conique, molle, élastique, transparente, arrondie ou bosselée, avec peau saine. On y trouve des battements isochrones au pouls; et un mouvement d'expansion, en rapport avec la respiration. Cette tumeur augmente et rougit sous l'influence des cris et des efforts. La compression

amène des vomissements ou des convulsions. Longtemps stationnaire, cette tumeur peut s'accroître; après des ouvertures spontanées, on a observé des méningites et la mort.

La mort pendant la première enfance en est ordinairement la conséquence, cependant on a rapporté des cas de survie assez prolongée.

TRAITEMENT. — La guérison radicale est impossible. Si l'encéphalocèle est réductible, on le maintiendra réduit par une plaque en cuir bouilli, appliquée par des bandes. La compression méthodique peut l'empêcher de progresser.

La ligature, soit seule, soit suivie d'excision, a toujours amené des méningites et la mort.

L'incision faite pour évacuer le liquide, ou par erreur de diagnostic, a amené quelquefois la guérison; la *ponction simple*, unie à la compression, est encore le meilleur moyen de traitement.

Céphalématome. — Sous ce nom, on a décrit trois choses différentes : 1° le *céphalématome épicrânien*, qui est produit par un épanchement de sang sous le périoste et caractérisé par une tumeur indolente, circonscrite, molle et fluctuante, sans changement de couleur de la peau, souvent entourée à sa base par un bourrelet osseux; 2° le *céphalématome sus-périostique*, qui n'est autre chose qu'une bosse sanguine; et 3° le *céphalématome intra-crânien* caractérisé par une hémorrhagie intra-crânienne; c'est, en somme, une variété d'hémorrhagie méningée.

TRAITEMENT. — Contre le céphalématome épicrânien on a conseillé des applications de vin, d'eau-

de-vie, d'ammoniaque, mais ils échouent ordinairement.

La suppuration provoquée par un séton amène souvent la guérison. L'évacuation, soit par ponction, soit par incision, nous paraît encore le meilleur procédé de traitement.

MÉNINGITE AIGUE

Sous ce nom nous décrirons la *méningite essentielle*, c'est-à-dire celle qui n'est liée à aucune autre maladie et la *méningite symptomatique;* ces affections sont assez rares pendant l'enfance.

La *méningite essentielle* se développe chez les enfants soit sans cause, soit à la suite de l'insolation, du traumatisme, de la fatigue ; les enfants d'aliénés y sont prédisposés.

La *méningite symptomatique* est plus fréquente que la précédente, elle est produite par la propagation d'une inflammation voisine (otite aiguë, carie du rocher, érysipèle du cuir chevelu) ou est une localisation d'une maladie fébrile (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, pneumonie).

FORMES. — Nous décrirons deux formes : la *forme commune* et la *forme convulsive.*

Forme commune. — C'est la forme *phrénétique* des auteurs, elle mérite le nom de forme commune parce que sur l'ensemble des observations de méningite, sans s'occupper de l'âge du malade, c'est elle qui est la plus habituelle.

Elle survient pendant la seconde enfance et parcourt successivement deux périodes.

Période d'excitation et et de délire. — Le début est subit, sans prodromes et caractérisé par un mouvement fébrile violent, une céphalalgie atroce et des vomissements. La fièvre débute quelquefois par un frisson violent, la chaleur monte rapidement et atteint 40 et 40°,5 dès les premiers jours ; le pouls est fort, dur et fréquent ; la douleur de tête est au front, augmente par le bruit, la lumière et le mouvement et fait pousser des cris aigus aux enfants ; les vomissements alimentaires d'abord deviennent promptement bilieux et se répètent fréquemment ; ils persistent quelques jours. Dans les méningites symptomatiques, ils manquent souvent. Le faciès est rouge et animé ; la respiration accélérée et entrecoupée de soupirs ; la constipation opiniâtre ; la langue blanche et saburrale ; l'insomnie complète.

Dès le second jour, après un peu de somnolence ou d'agitation, le délire apparaît, d'abord tranquille, puis furieux. Les enfants crient, frappent, mordent, veulent s'échapper de leur lit ; ils sont en proie à des hallucinations. Il existe du trismus et de la contracture des muscles de la nuque ; la fièvre continue, le pouls devient petit, la langue sale et brune. La mort peut survenir pendant cette période et dès le 2e et 3e jour, au milieu d'une agitation extrême, mais le plus souvent la deuxième période s'établit.

Période de collapsus. — La somnolence domine ; les malades tombent dans le *coma*. On observe pendant cette période des convulsions et des paralysies, ordinairement partielles et limitées aux muscles de la face ; cependant elles peuvent aller jusqu'à l'éclampsie et à l'hémiplégie ; en même temps

contractures et soubresauts des tendons. Le pouls devient petit et irrégulier; il se ralentit, tandis que la température augmente encore (42° et plus): la respiration devient rare, irrégulière et suspirieuse.

La pupille est ordinairement contractée dans la première période et dilatée dans la seconde.

La mort est la conséquence habituelle de cette maladie, elle survient quelquefois le 4e jour, plus souvent vers le 8e. Il y a dans quelques cas une rémission, pendant laquelle le calme se fait et l'intelligence reparaît: puis les symptômes reviennent et la terminaison fatale a lieu. La mort survient d'ordinaire par asphyxie ou dans le coma, quelquefois pendant un accès d'éclampsie.

La guérison est l'exception; dans ce cas la connaissance revient peu à peu, puis le délire cesse et l'amélioration est graduelle.

Forme convulsive. — Cette forme se rencontre presque exclusivement pendant les deux ou trois premières années de la vie.

Elle peut débuter brusquement, mais elle est souvent précédée de prodromes, tristesse et amaigrissement.

Le début est marqué par un peu de fièvre, quelquefois des vomissements, puis survient une attaque d'éclampsie ; les attaques se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés, pendant lesquels on observe du coma, avec plaintes, grincement des dents, regard fixe, paupières à demi fermées. Il existe en même temps des contractures et souvent une hémiplégie. La fièvre s'est allumée, le pouls est fré-

quent, la température entre 39,5 et 41°, ce qui distingue le méningite de l'éclampsie simple ou urémique. La respiration est accélérée.

La mort survient dans l'asphyxie du 2e au 7e jour ; elle peut même être plus rapide. La guérison est possible, mais très rare.

TRAITEMENT. — *Traitement de la forme commune.* — L'*aconit* (TM) est le médicament du début; on le continuera ensuite, lorsque le diagnostic sera établi, en l'alternant avec un des médicaments suivants (R. Hughes).

Les trois *solanées* et le *veratrum* sont les médicaments principaux, leurs indications particulières proviennent des caractères du délire.

Belladona (3e à TM) est le plus souvent indiqué par un délire violent et loquace, par des chants, avec visage rouge, yeux brillants. Le délire s'accompagne d'impulsion à mordre, à frapper, à cracher au visage et d'hallucinations non terrifiantes.

On préférera *hyosciamus* (3e à TM) pour un délire mieux coordonné, avec impulsion à se découvrir et à s'échapper du lit, et pâleur de la face.

Stramonium (3e à TM) convient au délire furieux avec les mêmes impulsions que la belladone, mais à un haut degré. Les hallucinations sont terrifiantes, le faciès est méchant; la coexistence de trismus et de contracture de la nuque sont en faveur de ce médicament. Le délire est excité par le moindre contact.

Le *veratrum* (3e à TM), qui produit des symptômes très analogues, pourrait être alterné avec stramonium.

Dans la *période de collapsus*, nous retrouvons *belladona* et *stramonium*, qui sont indiqués par le coma, alternant avec du délire, et accompagné de dilatation pupillaire.

La belladone convient plutôt lorsque la face est pâle ; stramonium, lorsque la face est violacée et le coma très profond.

Opium (1e et 2e trit.) est indiqué par un coma encore plus profond, ordinairement avec pupilles contractées.

R. Hughes recommande ensuite *zincum* (6e et 3e trit.) et *sulfur* (12e); les indications pathogénétiques de ces médicaments sont peu marqués ; on les donnera lorsque les précédents n'auront rien fait.

Traitement de la forme convulsive. — Les médicaments de l'éclampsie (voir p. 157) sont indiqués dans cette forme et nous renvoyons à cette maladie pour les détails du traitement.

Nous dirons seulement que les trois solanées sont nos médicaments favoris ; *belladona* (3e à TM) convient aux cas d'intensité moyenne ; *stramonium* (3e à TM) à des cas plus intenses et surtout lorsque les spasmes et les contractures dominent ; *hyoscyamus* (3e à TM) lorsque les convulsions sont ramenées par la boisson et que la face est pâle.

L'*œthusa cynapium* (6e et 3e), l'*opium* (2e et 1re trit.), et le *plomb* (6e et 3e trit.) peuvent être indiqués comme dans l'éclampsie.

Soins hygiéniques. — Surtout comme moyen prophylactique, nous conseillons de supprimer toute boisson alcoolique aux enfants.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

La méningite tuberculeuse est une affection scrofuleuse, qui siège à la base du cerveau, tandis que la méningite aiguë est l'inflammation des méninges de la convexité.

Elle se montre de 2 à 7 ans surtout, et principalement de 3 à 5. Cette maladie frappe plus de garçons que de filles ; elle est héréditaire et se rencontre souvent chez plusieurs enfants de la même famille. Les études précoces, une alimentation animale prématurée et surtout l'usage du vin chez les petits enfants sont des causes occasionnelles importantes.

FORMES. — Nous décrirons trois formes : la *forme commune*, la *forme typhoïde* et la *forme irrégulière* ou *latente*.

Forme commune. — *Prodromes.* — L'amaigrissement marqué, surtout du corps, et la perte de l'appétit sont les deux symptômes prodromiques constants ; on observe, en outre, de la tristesse et de la mélancolie, les enfants sont pris d'une tendresse insolite ; ils ont de la difficulté pour le travail, puis de la céphalagie, des vertiges, de l'insomnie, de la constipation.

Ces prodromes durent longtemps, de quinze jours à trois mois.

Première période. — Le début est marqué par trois symptômes principaux : la *céphalalgie*, ordinairement frontale, qui est atroce et augmente par le mouvement, le bruit et la lumière, se manifestant

chez les très jeunes enfants par un regard irrité avec froncement des sourcils et des mouvements des mains vers la tête; les *vomissements* répétés et faciles, d'abord alimentaires, puis bilieux, et une *constipation* très opiniâtre. La fièvre est ordinairement modérée (38° à 39°); le pouls est entre 110 et 120, quelquefois déjà ralenti et irrégulier. Le sommeil est agité la nuit, avec un peu de somnolence le jour. Le ventre est un peu ballonné et douloureux à la pression.

Cette période dure environ un septénaire.

Deuxième période. — La somnolence augmente le jour; les enfants sont pelotonnés dans leur lit dans une apathie dont on les tire assez facilement; ils répondent aux questions, puis retombent dans leur somnolence. La nuit, il existe de l'agitation, un délire entrecoupé de grincements de dents, de mâchonnements, de soupirs et de cris aigus et courts, les *cris hydrencéphaliques*.

Le pouls se ralentit, 90 à 60 par minutes et même moins; il devient vibrant et irrégulier, soit qu'il présente de véritables intermittences, soit que les pulsations aient une hauteur inégale. La température baisse aussi d'un degré environ. La respiration est de même ralentie, irrégulière et suspirieuse; on observe quelquefois la respiration de Scheyne-Stokes.

Le ventre se rétracte; les vaso-moteurs sont paralysés et il se produit des rougeurs subites et passagères au visage; la raie rouge persistante que l'on trace sur le ventre par la pression du doigt, la *raie méningitique*, qui n'a du reste rien de pathognonomique, est un phénomène du même ordre.

Vers la fin de cette période, le délire nocturne s'accentue quelquefois, tout en étant moindre que dans la méningite aiguë.

Cette période dure environ un septénaire ou un septénaire et demi.

Troisième période. — La fièvre se rallume, le pouls devient très fréquent et incomptable ; la température atteint 40,5 et même 41,5 au moment de la mort, et elle continue ordinairement à monter même après la mort. La respiration s'accélère.

La somnolence est remplacée par du *coma*, entremêlé de convulsions et pouvant présenter des rémissions trompeuses. Les enfants sont dans le décubitus dorsal, souvent avec de la contracture, de l'opisthotonos, la face pâle, les yeux à moitié ouverts, les *pupilles dilatées* et inégales ; on observe aussi à ce moment du *strabisme*, des *convulsions* quelquefois générales, mais presque toujours limitées, et des *paralysies*. Les paralysies sont ordinairement incomplètes et passagères ; elles succèdent aux convulsions et présentent des localisations variables. Elles sont quelquefois permanentes ; en voici la principale localisation : La *paralysie incomplète de la 3e paire* est la plus fréquente : dilatation pupillaire, strabisme externe et chute de la paupière ; elle coïncide souvent avec *une paralysie du membre supérieur* correspondant. L'*hémiplégie* peut s'étendre à tout un côté du corps ou rester limitée à la face. Les *paralysies de la vessie* produisent la rétention d'urine.

Cette dernière période est plus rapide, ne dure que quelques jours, et la mort survient dans le coma ou dans une attaque convulsive ; le pouls et

la respiration s'accélèrent beaucoup au moment de la mort.

Les symptômes ne présentent pas toujours une succession aussi régulière, et les périodes sont alors moins distinctes. La durée totale de la maladie, qui est ordinairement de 18 à 21 jours, peut être prolongée d'une façon notable par des rémissions considérables pendant lesquelles tous les symptômes graves disparaissent; l'irrégularité du pouls, les regards fixes persistent et ne permettent pas au médecin de partager les illusions de la famille.

Forme typhoïde. — Le début surtout est différent: la fièvre présente une intensité plus grande, et l'on a pu quelquefois croire à une fièvre typhoïde, cependant la céphalalgie est plus intense, les vomissements plus répétés, et la marche de la température n'a pas la marche ascendante de la fièvre typhoïde à la première période.

Au bout de quelques jours, les symptômes graves et caractéristiques de la méningite apparaissent, et la fin de cette forme est semblable à celle de la précédente.

D'Espine et Picot considèrent que la forme typhoïde de la méningite tuberculeuse s'accompagnant ordinairement de toux, de dyspnée et de râles disséminés, est une variété de la phthisie aiguë avec concomitance des accidents cérébraux et thoraciques.

Forme irrégulière ou latente. — Cette forme se rencontre surtout pendant la phthisie pulmonaire; elle est caractérisée par l'absence des symptômes des premières périodes; l'affection se révèle tout à coup par l'apparition de la céphalalgie, du délire;

les symptômes paralytiques : strabisme, dilatation de la pupille, paralysies diverses ; les contractures surviennent en même temps et la mort termine rapidement la scène.

Cependant cette forme peut se rencontrer exceptionnellement en dehors de la phthisie. D'Espine et Picot rapportent deux observations dont une leur est personnelle et dans lesquelles deux enfants paraissant en très bonne santé ont été pris subitement d'une céphalalgie atroce avec vomissements et fièvre; il survint très rapidement des convulsions violentes, toniques et cloniques, suivies de paralysies localisées, et la mort arriva en moins de 24 heures. L'autopsie démontra dans les deux cas des productions tuberculeuses. Il est probable que les premiers symptômes avaient été peu marqués et que l'on a eu affaire là à une forme latente.

La guérison de la méningite tuberculeuse est-elle possible? Le fait ne nous paraît pas encore démontré malgré quelques observations qui ont été publiées. Il y a, par contre, des exemples authentiques de rémissions prolongées, de guérisons temporaires avec paralysie ou idiotisme persistant, mais presque toujours suivies de récidives mortelles.

TRAITEMENT. — Le traitement est bien incomplet et le plus souvent bien inefficace dans une maladie aussi terrible.

Les deux médicaments qui présentent la plus grande analogie avec la méningite tuberculeuse et qui, par conséquent, sont les plus indiqués, sont l'*hellèbore* et la *digitale*. *Helleborus niger* (6e à 3e produit le ralentissement du pouls et de la respiration,

avec inspirations profondes ; la dilatation et le rétrécissement des pupilles ; le faciès immobile avec rapprochement des sourcils ; la céphalalgie violente, forçant à l'immobilité ; les vomissements; le sommeil les yeux entr'ouverts, le trismus et les convulsions.

Nous trouvons dans les symptômes de la *digitale* (3e à TM) l'amaigrissement progressif, qui l'indiquerait pendant la période prodomique ; la céphalalgie atroce avec vomissements verdâtres répétés; le pouls ralenti, irrégulier, s'accélérant facilement, le strabisme avec diplopie et dilatation pupillaire ; la contracture de la nuque, le coma et les convulsions.

Après ces deux médicaments, nous signalerons le *secale cornutum* (3e à 1e trit.) indiqué par des symptômes analogues, mais que nous avons peu employé jusqu'ici; l'*iode* (TM) et le *kali hydriodicum* (1 trit. et 1 trit. déc.) administré par les Allemands à doses extrêmement fortes, jusqu'à production du coryza et de l'éruption iodique ; le *conium maculatum* (3e à TM) et *cicuta virosa* (6e à 3e) qui produisent des symptômes assez voisins de ceux de la méningite tuberculeuse, mais qui, à l'exception de l'iode, qui a donné un succès relatif à mon père, ont une action très incertaine.

Le *tartarus emeticus* produit chez les animaux l'inflammation des méninges de la base; sa pathogénésie contient quelques symptômes en rapport avec la méningite tuberculeuse : coma, convulsions et vomissements; dans les expériences de Pécholier, on note dans une première période une accélération légère du pouls et de la respiration, dans une seconde un ralentissement marqué, puis dans

une troisième l'accélération finale du pouls et de la respiration. La dose serait à chercher.

Sulfur (30e à 12e), *calcarea carb.* (30e à 12e), *zincum* (30e à 12e), *plumbum* (30e à 12e), *gelsemium sempervirens* (3e à TM), *bryonia* (3e à TM) *veratrum* (3e à TM) et *apis mellifica* (1re trit.) ont été donnés ou recommandés contre cette maladie; nous ne pouvons pas en donner les indications différentielles.

Nous devons parler encore de deux médications empiriques, car dans une maladie réputée incurable on ne doit rien négliger.

Luton (de Reims) recommande l'*extrait de feuilles de noyer* à la dose de 1 à 4 gr. par jour suivant l'âge et prétend avoir eu des succès.

Dernièrement la revue des journaux de l'Art médical à reproduit les affirmations de médecins étrangers qui prétendaient avoir guéri six cas par des applications matin et soir sur la tête d'une pommade à l'*iodoforme* (1 gr. pour 6 de vaseline).

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

La méningite cérébro-spinale est ordinairement épidémique et contagieuse; elle se montre à tous les âges, mais surtout chez les enfants et principalement chez les garçons.

FORMES. — Elle se présente sous quatre formes : la *forme commune*, la *forme foudroyante*, la *forme ataxique* et la *forme bénigne*. La forme foudroyante existe surtout au début des épidémies et la forme bénigne à la fin.

Forme commune. — La maladie débute par la

chaleur et la rougeur de la peau, de la courbature, des vomissements, de la céphalalgie et de l'opisthotonos; cette contracture de la nuque est ordinairement très marquée; presque en même temps on observe du délire, qui devient rapidement violent.

Après une rémission plus ou moins marquée le 3e jour, commence la *période de réaction*, qui s'accompagne d'un mouvement fébrile violent, avec accélération de la respiration, délire avec fureur, contracture générale et tétanique, convulsions éclamptiques, surtout chez les très jeunes enfants, pupille contractée et éruptions variées : herpès des lèvres, du menton, des oreilles et des parties génitales, pétéchies, éruption morbiliforme.

La troisième période commence par l'apparition du coma; elle est caractérisée par l'alternance du coma et du délire, les soubresauts des tendons, le refroidissement, la petitesse et l'irrégularité du pouls. La mort arrive dans le collapsus vers le 8e ou le 10e jour.

Lorsque le malade doit guérir, le délire et le coma cessent, la connaissance revient, et la guérison survient lentement; la convalescence est longue et troublée pendant assez longtemps par des troubles divers : strabisme, ptosis, surdité relative, incontinence d'urine. Après des améliorations et des paroxysmes successifs, il persiste souvent un certain degré d'affaiblissement de l'intelligence, et de paralysie incomplète du côté des membres ou des organes des sens.

Forme foudroyante. — Les symptômes sont les mêmes, mais beaucoup plus violents et ont une

marche plus rapide; la mort survient dans le collapsus souvent dès le 2e ou le 3e jour.

Forme ataxique. — Les symptômes sont moins intenses que dans la forme commune, la marche de la maladie est beaucoup plus lente; la maladie affecte la marche de la fièvre typhoïde. On observe dans cette forme de la diarrhée, des eschares et des abcès, un amaigrissement extrême. La maladie dure souvent 90 et 100 jours et se termine presque toujours par la mort.

Forme bénigne. — Elles se présenteront vers la fin des épidémies comme une forme abortive, caractérisée seulement par la céphalalgie, la douleur et la raideur de la nuque (d'Espine et Picot).

TRAITEMENT. — L'*opium* (TM et 1ere trit. déc.) a été recommandé par Chauffard (d'Avignon) qui en a éprouvé un grand bien. Dans ces symptômes toxiques et pathogénétiques, nous trouvons du reste une certaine analogie avec la méningite cérébro-spinale. C'est donc le médicament que nous emploierions en premier lieu.

Les solanées seraient les médicaments les plus importants ensuite, en particulier le *stramonium* (3e à TM) qui répond le mieux aux contractures de la nuque et aux caractères du délire.

L'*aconit* (3e à TM), est aussi recommandé par R. Hughes dans cette maladie.

En dehors de ces médicaments qui sont les principaux, nous rappellerons *ipeca* (TM) donné par Béchet dans la période d'invasion et qui lui aurait procuré des succès; *veratrum viride* (TM) et *gelse-*

mium sempervirens (TM) dont les médecins homœopathes d'Amérique se louent beaucoup, et *crotalus* (3e trit.) que R. Hughes recommande surtout dans la période de collapsus.

Le Dr Baker, de Batavia, aurait guéri 60 malades avec *cicuta* employé seul (R. Hughes). Nous ne savons pas à quelle dose le médicament a été donné et de plus le résultat nous paraît un peu merveilleux.

Dans la forme ataxique, lorsqu'il existe des symptômes rappelant la fièvre typhoïde, on pourra se servir des médicaments de cette maladie, en particulier d'*arsenic* (3e trit.) et de *phosphore* (3e trit.) suivant les indications.

ENCÉPHALITE

L'abcès du cerveau est encore plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. On a des observations se rapportant à des enfants très jeunes, mais le plus grand nombre concerne des enfants de 9 à 14 ans Les garçons en sont beaucoup plus souvent atteints que les filles.

Cette affection peut être essentielle, mais le plus souvent elle succède à un *traumatisme* ou à une *otorrhée* avec *carie du rocher*. Après un traumatisme elle peut se voir à la suite d'une plaie pénétrante du crâne ou simplement après la commotion cérébrale. Dans l'otite chronique elle peut être le résultat d'une inflammation développée de proche en proche; il n'y a d'autrefois aucune contiguité de lésion.

Cette maladie est caractérisée par la succession de trois périodes distinctes.

Période aiguë initiale. — Les premiers symptômes sont la fièvre et la céphalalgie. Quelquefois il n'y a que du vertige avec nausées et vomissements, ou bien strabisme, dilatation pupillaire, paralysie incomplète d'un bras ou hémiplégie incomplète, embarras de la parole. Si l'encéphalite est consécutive à l'otorrhée, on voit souvent celle-ci diminuer.

Période de rémission. — Elle est plus ou moins marquée, tantôt un simple calme relatif, pendant lequel les symptômes de paralysie ou de contracture persistent; tantôt tous les symptômes menaçants disparaissent et l'enfant paraît en bonne santé; dans ce dernier cas, cette période peut durer des semaines ou des mois.

Période terminale. — La fièvre et les symptômes cérébraux reparaissent : céphalalgie, vomissements, délire, convulsions, suivies de paralysie. La mort survient en quelques jours, le plus souvent dans le coma, quelquefois en pleine connaissance.

Quelquefois on n'observe que cette troisième période; l'abcès du cerveau est resté latent jusqu'à ce moment.

TRAITEMENT. — Le traitement de cette affection est encore peu avancé; on administrera, suivant les symptômes, les solanées (*belladone, stramonium, hyosciamus*), *l'opium, la digitale;* pour les indications particulières de ces médicaments on peut se reporter au traitement des méningites, maladies avec lesquelles l'abcès du cerveau est souvent confondu.

Si le siège de la collection purulente était bien

connu d'après les symptômes produits, on pourrait tenter de donner une issue au pus; cette opération, qui a peu de chances de guérison, est une ressource ultime à laquelle on pourra cependant recourir.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE

Chez les enfants, c'est l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne que l'on observe.

Elle peut se faire au moment de la naissance, et pour Cruveilhier, elle serait la cause de la mort chez un tiers des mort-nés.

L'hémorrhagie méningée se montre surtout de 1 à 3 ans. Elle peut débuter sans symptômes antérieurs par une rupture vasculaire sous l'influence de la colère (Legendre) ou dans le cours d'un purpura hemorrhagica ; mais le plus souvent, elle commence par une inflammation pseudo-membraneuse lente, la *pachyméningite*, qui devient par la rupture d'un de ses vaisseaux le point de départ de l'hémorrhagie. Elle existe surtout pour cette seconde espèce chez des enfants rachitiques ou cachectiques.

L'hémorrhagie méningée peut être complètement *latente* c'est-à-dire qu'on ne la reconnaît qu'après la mort. Cette forme s'observe chez les enfants très débilités; ce serait la plus fréquente (Rilliet et Barthez).

D'autrefois, elle est latente jusqu'aux accidents terminaux qui ont une durée de quelques heures à deux jours et qui consistent en coma, entremêlé de convulsions éclamptiques et de contractures. Ces accidents qui paraissent débuter pendant la santé, se terminent par la mort. On peut observer dans ces

cas la déviation conjugée des yeux et de la tête du côté de la lésion cérébrale.

Enfin, il existe une *forme fébrile* plus complète, débutant par des vomissements, par des mouvements convulsifs des yeux et une fièvre assez intense. Le pouls est très fréquent et régulier. On observe assez rapidement une contracture persistante des mains et des pieds avec des accès convulsifs toniques et cloniques. Ces convulsions existent surtout au début et à la fin de la maladie où elles se répètent, il existe de la somnolence pendant la période intermédiaire (D'Espine et Picot).

Contrairement à ce qu'on observe chez les adultes ou les vieillards, on ne rencontre presque jamais la *paralysie* chez les enfants, parce qu'à l'âge où cette hémorrhagie se fait, les os du crâne cèdent à l'hémorrhagie et il n'y a qu'une compression du cerveau peu marquée.

La mort est la terminaison la plus habituelle, soit pendant une attaque convulsive, soit par une maladie intercurrente, broncho-pneumonie, par exemple, qui vient compliquer l'hémorrhagie méningée.

La guérison est rare, mais elle est suivie de la production d'une hydrocéphalie externe, que l'on pourra difficilement distinguer de l'hydrocéphalie ventriculaire, si on n'a pas connu le mode de début. On a pourtant signalé quelques cas de guérison complète.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste surtout en palliatifs contre les convulsions, et nous recommandons principalement l'emploi du *chloral;* les médicaments des convulsions et en particulier de la

belladone, du *stramonium* et de l'*opium* pourront peut-être procurer du soulagement. Nous renvoyons au traitement de l'éclampsie pour les indications particulières.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE

Très rare chez l'enfant, l'hémorrhagie cérébrale se montre à la fin des maladies cachectiques ; elle peut être causée par des troubles de la circulation (ganglions volumineux du cou, rachitisme).

L'hémorrhagie cérébrale est le plus souvent latente chez les enfants, ou bien elle n'est indiquée que par du coma, une contracture du cou ou quelques convulsions ; ces accidents sont rapidement terminés par la mort.

TRAITEMENT. — Il est de peu d'efficacité et analogue à celui des hémorrhagies méningées.

HYDROCÉPHALIE

L'hydrocéphalie est une affection fréquemment secondaire. Nous avons vu, à propos des hémorrhagies méningées, qu'elles étaient suivies d'une *hydrocéphalie intra-arachnoïdienne* ; les tumeurs cérébrales et surtout les tubercules, l'albuminurie, les cachexies peuvent être le point de départ de l'*hydrocéphalie ventriculaire*.

Enfin il existe une variété essentielle de l'*hydrocéphalie ventriculaire* qui débute pendant la vie

intra-utérine ou peu après la naissance ; c'est surtout celle-là que nous aurons en vue dans notre description.

La syphilis chez les parents, leurs habitudes alcooliques, leur âge avancé et surtout des cas d'hydrocéphalie antérieurs, sont les causes ordinairement admises. Les enfants venus avant terme nous y paraissent plus prédisposés.

L'*hydrocéphalie congénitale* cause, en général, la mort avant la naissance ou peu après; on peut observer des *hydrocéphales à petite tête* qui viennent au monde avec les fontanelles et les sutures ossifiées, présentant une tête pointue vers le sommet et qui meurent dans les convulsions peu après leur naissance ; s'ils survivent, ce sont des *idiots* : visage stupide, vue plus ou moins abolie, voracité, incapacité de se mouvoir: ils meurent pendant la première année. Les *hydrocéphales à grosse tête*, qui sont les plus nombreux, se comportent absolument comme ceux dont l'hydrocéphalie est acquise.

L'*hydrocéphalie acquise* présente quelquefois un début aigu, mais le plus souvent le début passe inaperçu : dans tous les cas la marche ultérieure de la maladie est la même.

Début aigu. — Pendant huit ou quinze jours, on observe des symptômes méningitiques : fièvre, agitation, vomissements fréquents, dilatation pupillaire, mâchonnements, convulsions éclamptiques, contractures, somnolence.

Marche chronique. — Elle succède à ce début ou s'établit d'emblée, ce qui est le cas le plus fréquent.

L'accroissement lent et progressif du volume de la tête est ordinairement le premier symptôme.

Cet accroissement peut être considérable, surtout lorsque l'hydrocéphalie est congénitale.

L'accroissement a lieu dans tous les sens; mais les sutures s'écartent surtout dans le sens transversal : le front se bombe, l'orbite se déprime de haut en bas, de sorte que les yeux sont portés en bas et se cachent derrière la paupière inférieure qui recouvre une partie de la pupille. La face paraît toute petite par rapport à ce crâne si développé.

Chez les rachitiques principalement on peut observer une inégalité dans le développement de la tête, qui peut proéminer plus d'un côté que de l'autre. Le cuir chevelu est recouvert de rares cheveux; il est tendu; on voit sous la peau des veines très développées et qui tranchent par leur coloration bleuâtre. Les os sont très peu résistants et le toucher fait reconnaître les intervalles membraneux qui les séparent; dans quelques cas on observe de la fluctuation.

Lorsque l'hydrocéphalie s'est développée après l'ossification des sutures et des fontanelles, on observe un accroissement beaucoup moindre.

Lorsque la tête est très développée, son poids est tel que l'enfant ne peut la soutenir et se trouve mieux dans le décubitus dorsal; lorsqu'ils peuvent marcher, ils sont chancelants et portent la main vers leur tête comme s'ils voulaient la soutenir.

Lorsque l'hydrocéphalie est congénitale ou a débuté aussitôt la naissance, les sens sont très obtus et quelquefois les enfants ne voient ni n'entendent; ils sont sans intelligence, ils crient dès qu'on les remue. Lorsque l'hydrocéphalie débute plus tard, l'intelligence persiste jusque vers la fin où elle

s'amoindrit; la cécité, le strabisme ne se présentent aussi que comme symptômes ultimes.

On observe aussi par moment des douleurs de tête assez vives qui paraissent quelquefois liées au travail d'ossification (Rilliet et Barthez).

Il existe aussi des *paralysies* incomplètes et une *faiblesse générale* de tout le système musculaire. Chez les enfants très jeunes on observe des *contractures* des membres, qui sont tantôt dans la flexion, tantôt dans l'extension. Les *convulsions éclamptiques* qui se montrent chez les hydrocéphales, à des espaces plus ou moins éloignés, sont souvent l'indice de la terminaison.

L'appétit reste souvent bon et les enfants peuvent être gras et paraître bien portants; ils maigrissent lorsqu'ils s'approchent de la fin.

La mort a lieu brusquement dans une attaque d'éclampsie, ou lentement dans le coma par affaiblissement graduel; enfin elle peut être causée par une maladie intercurrente: pneumonie, entérite ou fièvre éruptive.

La guérison est très rare, elle a été signalée après des évacuations abondantes de liquide par les fosses nasales; il reste presque toujours une diminution de l'intelligence.

TRAITEMENT. — Pendant la période de début aigu, si elle existe, on pourra administrer *helleborus niger* ou *belladone* dont nous avons déjà donné des indications à propos du traitement des méningites.

L'*apium virus* (2e trit.) ou *apis* (3e à TM) a aussi été indiqué à cause de son action favorable dans les hydropisies. Il produit du reste quelques symptômes

cérébraux qui se rapportent aux accidents qui se voient pendant l'hydrocéphalie.

Lorsque l'hydrocéphalie a une marche chronique les principaux médicaments sont *mercurius corros.* (6e ou 3e) et l'alternance de *calcarea carb.* (30e ou 12e) avec *sulfur* (30 ou 12).

Mercurius produit des vertiges et des titubations avec nausées et vomissements; la difficulté de rester debout, l'indifférence avec diminution de l'intelligence et somnolence, la dilatation pupillaire avec cécité plus ou moins complète, la faiblesse des membres et des convulsions. Il existe une observation de guérison.

Calcarea carb. et *sulfur* ont plutôt été donné par la connaissance de leur action dans les maladies, qu'à cause de leurs symptômes pathogénétiques. R. Hughes rapporte aussi une guérison par ces deux médicaments.

L'*iode* (?) produit des symptômes qui pourraient le faire essayer ici : dyplopie, strabisme, somnolence, marche chancelante, convulsions, paralysie et coma. La dose est à chercher.

Les Américains recommandent beaucoup le *veratrum viride* (TM et 1 déc.) et surtout l'*apocinum cannabicum* (TM à 1.). Le dernier médicament ne nous a donné aucun résultat dans un cas où nous l'avons prescrit.

En dehors des médicaments, on a conseillé la compression, la *ponction* soit simple, soit suivie d'une injection iodée; tous ces moyens sont ordinairement inefficaces, et peuvent même produire quelquefois des accidents aigus amenant la mort des petits malades.

Un médecin italien rapporte plusieurs guérisons d'enfants hydrocéphales qu'on exposait tous les jours la tête nue au soleil ardent pendant plusieurs heures. Que faut-il penser de ce moyen? L'expérience seule peut démontrer s'il est vraiment efficace.

TUMEURS CÉRÈBRALES

Chez les enfants on observe des *tubercules*, et très rarement des *cancers* (sarcomes), ou des tumeurs parasitaires (*kystes hydatiques* ou *cysticerques*).

Les tubercules se rencontrent surtout de trois à cinq ans, et chez les garçons, ils peuvent s'accompagner ou être suivis de *méningite tuberculeuse*; ils se compliquent souvent d'*hydrocéphalie*. Ils coïncident souvent avec des tubercules des poumons, des ganglions bronchiques ou mésentériques.

Les *kystes hydatiques* se montrent pendant la seconde enfance, ils siègent dans la dure-mère ou dans les ventricules latéraux.

Le *cysticerque* peut s'enkyster dans le cerveau, mais produit des kystes peu volumineux.

Le *cancer* du cerveau est surtout du *sarcome*; il est, en général, consécutif au sarcome de l'œil, quoiqu'il puisse être primitif.

Les tumeurs de l'encéphale peuvent rester toujours latentes et ne se révéler qu'à l'autopsie; après être restées longtemps latentes, elles peuvent se manifester tout d'un coup par des accidents graves, convulsions, coma, attaque apoplectique et mort rapide. Quelquefois elles sont indiquées pendant

longtemps par un symptôme isolé, tel qu'une céphalalgie persistante et fixe, survenant fréquemment, ou un spasme musculaire permanent, comme le strabisme.

Mais ordinairement les tumeurs cérébrales produisent des symptômes plus apparents qui sont de deux ordres : les uns correspondent aux tumeurs quel que soit leur siège, les autres dépendent de leur localisation.

Les premiers consistent en une *céphalalgie* qui est quelquefois générale, mais souvent localisée du côté de la tumeur (des tumeurs du cervelet produisent une céphalalgie occipitale), en un changement *de caractère* consistant en tristesse et en irrascibilité.

Il survient rapidement ensuite des *convulsions*, tantôt épileptiformes, tantôt limitées à l'œil, à la face, au membre supérieur (*épilepsie Jaksonnienne*). Elles se renouvellent à intervalles variables et sans cause et sont suivies quelquefois d'une paralysie passagère.

Entre les attaques, l'enfant est fatigué, sans appétit ; il *vomit* fréquemment et présente des *vertiges*, on peut observer aussi des *tremblements*, de l'*hémichorée*.

Enfin, on peut voir apparaître de l'*hémiplégie* soit totale, soit limitée au bras ou à la face, des *paralysies* des nerfs de l'œil, amenant la chute de la paupière supérieure, le strabisme, la dilatation de la pupille, l'amaurose.

On pensera à la localisation dans le *bulbe*, s'il existe en même temps que les symptômes précédents des troubles de la déglutition et de la res-

piration ; dans le *mésocéphale* s'il y a hémiplégie faciale complète avec lagophthalmie.

Dans les tumeurs des *pédoncules*, on observe souvent une paralysie de la troisième paire du côté de la lésion et une hémiplégie de la face et des membres du côté opposé.

Il est souvent difficile, en somme, de distinguer les tumeurs cérébrales des attaques d'épilepsie et des convulsions.

La mort est la terminaison des tumeurs cérébrales, soit dans une attaque convulsive, soit lentement dans le coma, par un affaiblissement graduel, soit enfin par une méningite tuberculeuse intercurrente, surtout dans les tubercules du cerveau.

TRAITEMENT. — Il n'est que palliatif et on administrera les médicaments qui conviennent aux *convulsions*, aux *paralysies* (voir Éclampsie, Méningite). Il restera, en somme, sans résultats sur la terminaison fatale.

b). — Maladies et affections de la moelle épinière.

VICES DE CONFORMATION

Amyélie. — L'absence complète de moelle épinière coïncide avec l'absence de cerveau, et la mort aussitôt la naissance en est la conséquence.

Quelquefois, la moelle existe à l'état rudimentaire et la mort est un peu moins rapide.

Spina bifida. — Ce vice de conformation est caractérisé par une division osseuse de la partie postérieure du rachis, par laquelle se fait une hernie des enveloppes de la moelle, produisant une tumeur qui contient de la sérosité et quelquefois une partie de la moelle elle-même.

Le spina bifida forme une tumeur arrondie, plus ou moins pédiculée, fluctuante et quelquefois transparente; la peau présente sa coloration normale; on peut diminuer la tumeur par la compression; mais lorsque celle-ci est forte, elle peut provoquer des cris et des convulsions. Il y a souvent coexistence d'autres vices de conformation.

La mort en est le plus souvent la conséquence et a lieu peu après la naissance ; cependant, dans quelques cas, on a observé une survie assez considérable, jusqu'à 30 ans.

Il existe quelques cas de guérison après intervention chirurgicale.

TRAITEMENT. — Divers moyens ont été proposés; nous trouvons dans le livre de Bouchut des guérisons par deux méthodes.

L'*excision suivie de suture* consiste à ouvrir la poche, à obturer du doigt l'orifice du rachis, à exciser une partie des parois et à les réunir au niveau de l'ouverture rachidienne par une suture entortillée.

La *ponction suivie d'injection iodée* a donné aussi des succès.

Enfin, lorsque la tumeur est très pédiculée, on a pu obtenir la guérison en comprenant le pédicule dans une ligature qu'on serre progressivement et qui amène la mortification de la tumeur.

PARALYSIE INFANTILE

La paralysie infantile est une *myélite fasciculée aiguë des cordons antérieurs;* elle s'observe également chez les garçons et les filles et débute principalement pendant la première enfance (de 9 mois à deux ans). Après quatre ans elle est très rare. Elle se développe presque toujours sans cause appréciable.

Il y a presque toujours un peu de fièvre comme symptôme initial, mais cette fièvre est de courte durée et passe souvent inaperçue. Après un mouvement fébrile de quelques heures, pendant lequel on peut observer quelques douleurs dans les membres qui vont être paralysés, ou même sans aucune réaction fébrile appréciable, la paralysie se montre d'emblée complète. Quelquefois le début est marqué par des convulsions.

Chez les enfants qui ne marchent pas, la paralysie peut être méconnue dans les premiers temps.

Dès qu'elle est constatée, elle présente des caractères spéciaux : la motilité seule est touchée; la sensibilité, la vessie et l'intestin sont toujours indemnes. On observe le plus souvent la *paraplégie*, 21 cas sur 30 (Laborde) (1). Les deux côtés sont également entrepris, puis ordinairement la paralysie se localise sur un seul membre ; dans la forme paraplégique, les membres supérieurs peuvent eux-mêmes être paralysés et l'on a une paraplégie

(1) De la paralysie dite essentielle de l'enfance. Paris, 1864.

complète, étendue aux quatres membres. Dans quelques cas rares, les muscles du tronc et du cou participent à la paralysie : l'enfant ne peut tenir sur ses jambes et tombe sans même pouvoir se soutenir avec ses bras, il ne peut se tenir sur son séant, et sa tête tombe soit en avant, soit en arrière, soit sur son épaule (Laborde). On observe très rarement aussi l'*hémiplégie* et la *paralysie croisée* siégeant sur un bras et sur la jambe du côté opposé.

Les membres paralysés présentent une diminution de température et ont une coloration bleuâtre; leur sensibilité est intacte. La contractilité faradique disparaît rapidement, tandis que la contractilité galvanique persiste plus longtemps.

Les réflexes sont quelquefois conservés dans les premiers temps, mais ils disparaissent ordinairement assez promptement.

Au bout d'un temps assez court, de 3 à 15 jours, il survient une amélioration, la paralysie diminue progressivement d'étendue et ne reste localisée ordinairement que sur un seul membre, quelquefois même sur un seul groupe de muscles.

Il y a même des exemples de disparition complète de la paralysie avec guérison absolue, mais il n'en est pas ainsi dans le plus grand nombre des cas. Les muscles dans lesquels la paralysie persiste *s'atrophient*.

Quoique la paralysie reste limitée à un membre, et le plus souvent à un des membres inférieurs, il est rare que tous les muscles soient également atteints ; dans le plus grand nombre des cas, certains groupes de muscles seulement s'atrophient. A la jambe, les péroniers latéraux, l'extenseur commun

et le jambier antérieur sont les plus fréquemment atteints ; quelquefois, au contraire, ce sont les muscles jumeaux. L'atrophie est beaucoup moindre à la cuisse où elle siège ordinairement au triceps.

Au membre supérieur, le deltoïde dans sa partie antérieure et les muscles de l'avant-bras sont ceux que l'atrophie atteint le plus souvent, mais à un degré moindre que pour les muscles de la jambe.

Cette atrophie se montre plus ou moins tôt ; à partir du deuxième mois (Laborde), plus tard pour d'autres observateurs.

L'atrophie ne se limite pas aux muscles dans les cas intenses, elle atteint le membre tout entier, qui peut présenter un raccourcissement assez marqué.

Cette atrophie, surtout lorsqu'elle atteint les os, peut devenir le point de départ de déformations permanentes, suivant les points lésés et suivant l'âge de l'enfant au moment de la paralysie. Le *pied bot* dans toutes ses variétés est une de ses conséquences. Le pied *équin varus* est la déformation habituelle des enfants qui ne marchent pas encore : le *valgus* s'observe chez ceux qui marchaient au moment de l'invasion de la paralysie (d'Espine et Picot). Duchenne a signalé aussi quelquefois une autre déformation du pied, c'est le *talus pied creux*.

On observe aussi assez souvent de la *lordose*, qui est plutôt une courbure de compensation, qu'une déformation causée par l'atrophie de la masse sacro-lombaire.

Lorsque le membre supérieur est le siège de la paralysie, il pend inerte le long du corps, le moignon de l'épaule est applati, la tête de l'humérus,

que l'on sent facilement au travers du deltoïde atrophié est abaissée ; le bras lui-même est amaigri et souvent plus court que l'autre ; la main et les doigts sont dans une flexion légère.

La paralysie infantile ne met pas la vie en danger, et la santé générale est bonne ; mais les muscles dans lesquels la paralysie persiste après avoir disparu dans d'autres, restent ordinairement paralysés et atrophiés pour la vie et les déformations qu'ils ont occasionnés demeurent permanentes.

TRAITEMENT. — Le traitement médical est peu avancé. Pendant la période aiguë où la paralysie arrive rapidement complète, nous recommandons *phosphorus* (12e à 3e trit.) et *arsenic* (3e trit.). Ces deux médicaments produisent la paralysie, surtout des extrémités inférieures. *Phosphorus* produit, en outre, des lésions de l'axe de la moelle.

Le *secale cornutum* (1e trit. dec.) pourrait être employé à cause de son action sur la moelle épinière, mais ses indications particulières sont mal connues.

Enfin *plumbum* (12e à 1e trit.) est le médicament principal de la période d'atrophie musculaire ; il devra être continué longtemps et à doses variables.

L'*électricité*, sous forme de courants continus, est un moyen de traitement important et qu'il convient d'employer de bonne heure ; on fera chaque jour une séance de 15 à 20 minutes avec un courant faible ; le pôle positif est placé sur la colonne vertébrale et le pôle négatif sur les membres paralysés. On a conseillé de faire durer les séances plusieurs heures consécutives (Bouchut).

Plus tard, lorsque la paralysie sera limitée à un

membre ou à certains muscles, on se servira de l'électricité faradique pour exciter les muscles malades. Les enfants devront marcher aussitôt que possible et si la paralysie siège aux jambes, on fera faire des appareils orthopédiques rigides pour suppléer au manque de forces du membre, avec une bottine appropriée pour corriger la déviation du pied.

MYOPATHIES ESSENTIELLES.

La lésion essentielle de ces myopathies, siégeant dans les muscles eux-mêmes et non dans les centres nerveux, leur description ne se trouve pas ici complètement à sa place et devrait être reportée aux affections du tissu musculaire. Nous les décrirons cependant ici parce qu'une de leurs variétés, la *paralysie pseudo-hypertrophique* de Duchenne (de Boulogne) est ordinairement décrite après la paralysie infantile.

C'est aux travaux de Landouzy et Déjerine (1) que nous devons la connaissance de l'intégrité du système nerveux dans ces affections et la distinction entre cette affection à lésion musculaire et l'atrophie musculaire progressive de l'adulte à lésion médullaire.

Les causes de ces affections sont encore mal connues, à l'exception de l'*hérédité*, qui paraît bien évidente, soit que plusieurs enfants d'une même fa-

(1) De la *myopathie atrophique progressive*, myopathie sans neuropathie, débutant d'ordinaire dans l'enfance par la face. Revue de médecine, 1885.

mille aient été atteints, soit que le père et la mère en présentent aussi des signes.

Nous décrirons successivement quatre variétés de myopathies.

Forme commune. — Sous ce nom nous décrirons la *forme infantile de l'atrophie musculaire progressive* de Duchenne, celle qui est décrite dans le mémoire de MM. Landouzy et Déjerine. Chez les adultes cette forme peut se manifester sans atteindre les muscles de la face et forme une variété particulière, qui ressemble beaucoup, comme expression symptomatique, à l'atrophie musculaire d'origine médullaire; nous ne nous occupons pas ici de cette variété dite *scapulo-humérale;* mais seulement de celle qui est propre à l'enfance, la *variété facio-scapulo-humérale*.

Elle débute (1) habituellement dans l'enfance par les muscles de l'orbiculaire des lèvres et envahit successivement tous les muscles de l'expression, laissant indemnes jusqu'à la mort les muscles fonctionnels. Ainsi, les muscles des yeux, de la mastication, de la déglutition et de la phonation ne sont jamais atteints, et, plus tard, quand les muscles du tronc sont envahis, les muscles fonctionnels de la respiration et les sphincters sont épargnés; ce qui explique pourquoi cette maladie est compatible avec une longue existence.

L'atrophie des muscles expressifs de la face produit un faciès particuler et pathognomonique de

(1) Nous avons emprunté textuellement à un article du Dr P. Jousset sur les *myopathies essentielles* (Art médical, 1885) la plus grande partie de notre description.

cette variété de la maladie; le front, immobile et lisse comme l'ivoire, ne se plisse jamais par le jeu de la physionomie; les yeux ne sont jamais complètement clos et restent un peu entr'ouverts pendant le sommeil; il y a un certain degré d'exophthalmie. Les commissures des lèvres sont asymétriques; dans l'immobilité, les lèvres inférieures sont grosses et un peu renversées en forme de bord de pot de chambre; dans le rire, les lèvres, au lieu de s'écarter, sont entraînées en travers et produisent un rire triste et idiot; l'acte de siffler est impossible et les consonnes labiales sont mal prononcées. L'expression de la face est à la fois béate et stupide, quoique les individus puissent être très intelligents.

L'atrophie se propage, fort lentement, il est vrai, mais fatalement, aux muscles du tronc et des membres. Les muscles de l'épaule et du bras sont d'abord pris; les avant-bras et les mains sont peu atteints; de sorte que, lorsque par l'atrophie des muscles du bras et des épaules, du grand et du petit pectoral, la poitrine et les bras sont à l'état de squelette, les avant-bras et les mains conservent un volume relatif.

Aux membres inférieurs, on observe une marche analogue : atrophie marquée des muscles des fesses et des cuisses, avec conservation relative des muscles des jambes; la masse sacro-lombaire est souvent atrophiée, d'où une ensellure considérable.

Tandis que dans l'atrophie musculaire progressive d'origine médullaire, tous les muscles animés par un même nerf sont atteint simultanément, dans la myopathie essentielle, on observe des muscles d'un même département nerveux indemnes pendant

que d'autres sont complètement atrophiés. Cependant les atrophies sont symétriques et atteignent, sans qu'on en puisse saisir la raison, certaines catégories de muscles, pendant que certaines autres restent indemnes.

Un symptôme qui manque toujours dans l'atrophie musculaire progressive et qui existe dans les myopathies anciennes est la *rétraction musculaire*, qui s'observe surtout au niveau du biceps et qui empêche l'extension complète du bras; lorsque l'on veut produire cette extension on sent comme une corde tendue sous la peau du bras.

Les *réflexes du tendon rotulien* sont presque toujours conservés. La *contraction fibrillaire*, qui est un symptôme constant de l'atrophie musculaire progressive d'origine médullaire, manque complètement.

Cette forme de myopathie a une marche très lente, avec des temps d'arrêt considérable, ce qui permet une survie assez considérable; mais la *phthisie* vient souvent abréger la vie des myopathiques.

Forme pseudo-hypertrophique. — C'est la *paralysie pseudo-hypertrophique* de Duchenne. La lésion, comme dans la forme précédente, est purement musculaire et le système nerveux est complètement indemne.

Cette forme débute dans l'enfance et son premier symptôme est une faiblesse des membres inférieurs; l'enfant se fatigue vite; si la maladie débute avant la marche, celle-ci s'apprend difficilement.

Très rapidement on observe un relief énorme de certains muscles, surtout des *mollets*, qui ont un volume véritablement monstrueux; les muscles des *fesses* et des *masses sacro-lombaires* participent à un degré plus faible à cette hypertrophie. La démarche de l'enfant est assez caractéristique, il se dandine en marchant, présente une *ensellure lombaire* considérable, qui disparaît dans la position assise ou couchée et qui est due à la faiblesse des muscles extenseurs du tronc.

Souvent cette hypertrophie est limitée aux membres inférieurs, et le haut du corps contraste avec les saillies des membres inférieurs; quelquefois les muscles du tronc et des membres supérieurs participent en partie à l'hypertrophie; dans quelques cas même tout le corps, la face elle-même, est atteint.

Souvent on observe, à la suite de la rétraction du triceps sural, une déformation des pieds, qui prend la forme de l'*équin varus*, avec une sorte de griffe formée par les orteils.

Vers l'âge de 12 à 13 ans, les malades, qui marchaient déjà difficilement, ne peuvent plus guère bouger de leur fauteuil ou de leur lit, et l'atrophie musculaire remplace la pseudo-hypertrophie.

La mort est la conséquence la plus fréquente de cette forme, soit par le marasme, soit le plus souvent par une maladie intercurrente qui les trouve sans résistance.

Forme sans hypertrophie et sans atrophie musculaire. — Cette forme, admise et décrite par Charcot, serait caractérisée uniquement par l'impotence musculaire. Les symptômes fonctionnels

sont les mêmes que dans les autres formes ; la maladie débute souvent pendant l'enfance et les malades présentent de l'ensellure et la démarche caractéristique des myopathiques.

FORME ATROPHIQUE ASCENDANTE. — Cette forme, décrite par Leyden sous le nom de *forme héréditaire de l'atrophie musculaire* pourrait être confondue avec l'atrophie musculaire d'origine médullaire, si elle ne s'en distinguait par tous les signes des myopathies primitives : conservation indéfinie de certains muscles ; absence de contractions fibrillaires ; rétraction musculaire, etc. Elle ne diffère de la forme commune, *type facio-scapulo-huméral* de Landouzy et Déjerine, que par son début par les membres inférieurs.

TRAITEMENT. — Nous ne pouvons que donner les indications du traitement homœopathique qui est très peu avancé.

L'*arsenic* (3e à 2e trit.) et *plumbum* (12e ou 3e trit.) produisent tous les deux l'atrophie musculaire, mais ordinairement d'une façon consécutive à la paralysie. Ce sont cependant les deux médicaments à essayer tout d'abord.

Mais le traitement médical est encore à faire.

En dehors de ces médicaments, on pourra employer le massage, les douches froides et l'électricité, soit sous forme de *faradisations*, moyen qui a réussi à Duchenne dans la forme pseudo-hypertrophique au début ; soit les *courants continus*.

En somme, le traitement est encore très incomplet.

CHAPITRE II.

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF

a). — Affections de la bouche.

VICES DE CONFORMATION

Adhérences des lèvres. — Il peut se présenter deux cas pour cette difformité congénitale : ou les lèvres sont réunies par une adhérence intime et épaisse, ou bien elles sont bien conformées et réunies seulement par des adhérences minces ; dans le premier cas, une incision au bistouri ; dans le second, un coup de ciseau, suffiront pour remédier à ce vice de conformation.

Bourrelet muqueux des lèvres. — Ce bourrelet, qui est plus fréquent à la lèvre supérieure, est ovale, se dirige transversalement et n'apparaît que lorsque l'enfant ouvre la bouche. Il est disgracieux. Bouchut conseille de l'enlever avec des ciseaux courbes, vers l'âge de 6 à 7 ans.

Bec-de-lièvre. — Ce vice de conformation est assez fréquent, il est quelquefois héréditaire ; nous ne nous occuperons pas ici du bec-de-lièvre acquis, consécutif à une déchirure de la lèvre.

On peut en observer plusieurs variétés : le *bec-de-lièvre simple*, qui n'intéresse que la lèvre et qui peut

être *unique* ou *double ;* lorsqu'il n'y a qu'une division de la lèvre, elle est latérale et remonte plus ou moins haut jusque vers la narine ; lorsqu'elle est double, la lèvre est divisée en trois portions, une médiane et deux latérales. Dans ce bec-de-lièvre simple, il peut y avoir en même temps une déformation de l'os maxillaire, amenant la saillie en avant des deux incisives.

Le *bec-de-lièvre compliqué* offre les mêmes dispositions à la lèvre, mais la division est plus profonde et s'étend à une partie de la voûte palatine, à la voûte palatine tout entière et dans un degré plus complet au voile du palais lui-même.

Le bec-de-lièvre simple donne une mauvaise prononciation, surtout pour certaines consonnes : le *b*, le *p*, le *v*, l'*f* et l'*m*. Le bec-de-lièvre compliqué, faisant communiquer la bouche et la cavité nasale, gêne la mastication et la déglutition, en permettant le passage des liquides dans les fosses nasales.

TRAITEMENT. — Le seul traitement est l'opération ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; autrefois on conseillait de la faire tardivement, aujourd'hui on la fait beaucoup plus près de la naissance.

Adhérences congénitales de la langue. — Il peut y avoir des adhérences avec le palais, le plancher de la bouche ou les parties latérales de l'arcade alvéolaire, mais ce sont des faits très rares.

Ce qui existe plus souvent, c'est la brièveté du frein de la langue, le *filet*, qui peut gêner l'enfant

pour teter; ce n'est que dans ce cas qu'on est autorisé à opérer.

Pour cela, on peut tenir la tête de l'enfant renversée en arrière ou soulever la langue avec la plaque fendue de la sonde cannelée, dans la fente de laquelle se place le frein de la langue, et on sectionne, avec des ciseaux, le frein dans une étendue d'un demi-centimètre.

L'hémorrhagie, qui succède à cette petite opération, peut être assez tenace et s'entretenir, par les mouvements de succion de l'enfant; la cautérisation au thermo-cautère, l'application de perchlorure de fer, ou une pince à forci-pressure qu'on laissera quelque temps à demeure doivent avoir raison de cet accident.

On a décrit, comme un accident de cette opération, le renversement de la langue, qui serait, en quelque sorte, avalée et amènerait la suffocation. Saint-Germain considère cet accident comme absolument invraisemblable.

STOMATITE

On rencontre chez les enfants les trois variétés de stomatites : la *stomatite érythémateuse*, la *stomatite aphtheuse*, et la *stomatite ulcéro-membraneuse*.

Les deux premières sont causées ordinairement par l'introduction dans la bouche de liquides trop chauds ou irritants; elles accompagnent aussi le travail de la dentition.

La *stomatite ulcéro-membraneuse* survient plus chez les garçons que chez les filles et a son maximum

de fréquence de 5 à 10 ans. Elle se rencontre surtout chez les enfants débilités et placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, et survient souvent à la suite des maladies aiguës (pneumonie, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc.) Elle peut, quoique la contagion n'en soit pas démontrée, exister d'une façon épidémique chez les enfants placés dans des conditions hygiéniques semblables.

Stomatite érythémateuse. — Elle peut occuper toute la muqueuse buccale ou se localiser sur les gencives (*gingwite*) ou la langue (*glossite*). La muqueuse est quelquefois tuméfiée, mais elle est toujours sèche et luisante, avec une coloration rouge plus intense.

Lorsque la stomatite est consécutive à la dentition, les gencives saignent facilement et sont souvent couvertes de petites plaques minces blanchâtres. La langue est ordinairement recouverte d'un enduit blanc jaunâtre assez épais. La pointe et les bords sont rouges.

L'enfant se plaint de cuisson dans la bouche. Quelquefois d'une douleur assez vive pendant la mastication. Il survient ensuite de la salivation, de la fétidité de l'haleine et quelquefois un peu de gonflement des ganglions sous-maxillaires.

Les nouveau-nés peuvent souffrir assez en tetant pour refuser le sein ou le biberon.

L'affection est de courte durée et ne présente de fièvre que lorsqu'elle est liée au travail de dentition.

Stomatite aphtheuse. — Les symptômes sont à peu près les mêmes que dans la variété précédente, en plus apparaissent un ou plusieurs aphthes. L'aphthe

débute par une vésicule arrondie, plus grosse qu'un grain de millet, qui prend une forme allongée dans le sillon gingivo-buccal ; la vésicule s'ulcère et l'aphthe est alors constituée par une ulcération à bords rouges et taillés à pic, à fond grisâtre.

Les aphthes siègent sur toutes les parties de la bouche, mais surtout à la face interne des joues, à l'isthme du gosier, sur les gencives (avant l'évolution des dents) et dans le sillon gingivo-labial.

L'évolution complète des aphthes dure environ un septénaire, mais on peut avoir plusieurs poussées successives.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Elle débute ordinairement après quelques jours de malaise, par la rougeur des gencives, qui sont tuméfiées et douloureuses. En même temps, salivation, un peu de douleur pendant la mastication ; odeur fétide et malaise général. Puis la gencive, ramollie et fongueuse, se recouvre d'un enduit pultacé jaunâtre ou grisâtre. La bouche est chaude, l'inflammation s'étend à toute sa muqueuse, qui est rouge, et les ganglions sous-maxillaires s'engorgent et deviennent douloureux. Il apparaît des taches jaunâtres, légèrement saillantes en divers points de la muqueuse. Si on enlève ce produit pultacé ou même s'il tombe naturellement, on observe au-dessous une ulcération irrégulière et déchiquetée, à fond tantôt grisâtre, tantôt rouge et saignant, intéressant une certaine épaisseur de la gencive ou du tissu sous-muqueux. Ces ulcérations sont arrondies à la face interne des lèvres et des joues, cependant à ce niveau elles ont quelquefois un aspect irrégulier par la réunion de

plusieurs ulcérations; elles sont allongées dans le sillon gingivo-labial.

La langue elle-même peut être envahie et alors l'ulcération débute par de petites vésicules qui s'ulcèrent ensuite.

La stomatite ulcéreuse est souvent limitée à un seul côté de la bouche.

Au niveau des ulcérations des lèvres et des joues, on observe parfois un fort gonflement avec œdème, mais le toucher montre qu'il n'existe pas d'induration comme dans la gangrène de la bouche. Les ulcérations gingivales, lorsqu'elles sont profondes, peuvent entraîner la chute de quelques dents et même une nécrose superficielle du maxillaire.

La salivation, la fétidité de l'haleine, la douleur pendant la mastication et le gonflement ganglionnaire que nous avons signalés dès le début de la stomatite ulcéreuse, augmentent d'intensité lorsque les ulcérations sont constituées.

Les symptômes généraux sont ordinairement peu intenses et consistent dans un peu de fièvre au début, dans l'anorexie et la diarrhée fétide plus tard.

Cette maladie, abandonnée à elle-même, marche lentement et peut durer des semaines; elle peut, chez les enfants déjà débilités, être le point de départ de la gangrène de la bouche (Taupin); dans tous les autres cas, elle se termine par la guérison et ne présente aucun rapport avec la diphthérie.

TRAITEMENT. —Dans la *stomatite érythémateuse*, le traitement est très simple. Lotions et lavages de la bouche avec de l'eau de Vichy et à l'intérieur le *borax* (1e et 2e trit.). Si la stomatite persistait, on

remplacerait ce médicament par la *belladone* (3e) ou l'*hydrastis* (TM) qui nous est fort recommandé par les Américains.

Dans la *stomatite aphtheuse*, même traitement local; nous trouvons encore comme médication interne le *borax*, mais nous employons plus souvent le *mercurius corrosivus* (3e) ou le *kali chloricum* (1re trit. déc. ou substance).

Dans la *stomatite ulcéro-membraneuse*, ces deux derniers médicaments forment le fond du traitement ; nous donnons surtout le mercure sous forme de *calomel* (2e trit.) qui nous a paru plus actif; quant au *chlorate de potasse*, qui est employé seul dans l'école officielle, c'est un médicament parfaitement homœopathique, comme l'a démontré R. Hughes. On se trouvera bien d'associer à ces deux médicaments le chlorate de potasse en solution (4 gr. p. 200) pour le lavage de la bouche. Le *permanganate de potasse* (0,25 p. 100) a été aussi employé de la même manière contre la fétidité de l'haleine.

Si la stomatite ne guérit pas avec les médicaments précédents, l'*acide muriatique* (3e) et même encore l'*acide nitrique* (12e) pourront rendre des services.

D'Espine et Picot recommandent aussi dans les cas rebelles d'appliquer, après lavage, sur les ulcérations, du *chlorure de chaux sec*. Dernièrement, on a aussi conseillé des applications d'*iodoforme* (Séveste).

MUGUET.

Le muguet est une maladie fréquente chez les nouveau-nés, qui est caractérisée par l'inflammation

de la muqueuse digestive et la production d'un champignon (*oïdium albicans*); cette maladie s'observe presque toujours dans les premiers jours de la vie, 394 sur 402 nouveau-nés atteints du muguet avaient huit jours (Seux) (1).

Il présente deux formes à étudier : la *forme bénigne* et la *forme commune*. La forme bénigne se développe le plus souvent sous l'influence d'efforts de succion nécessités par des bouts de seins mal conformés, ou des bouts de seins artificiels et par contagion. La forme commune sévit surtout en été et ne s'observe que chez les enfants soumis à un allaitement artificiel ou à une alimentation prématurée ; elle sévit surtout dans les hôpitaux et les salles d'asile et elle est contagieuse.

Le muguet, qui apparaît dans le cours d'une autre maladie (fièvre typhoïde et tuberculose), est une affection symptomatique, qui indique presque toujours un pronostic grave.

Forme bénigne. — Elle est caractérisée par l'évolution de l'affection locale seule, sans phénomènes généraux et elle guérit toujours.

Le premier jour on observe seulement la chaleur de la bouche, la rougeur de la langue et une douleur qui peut empêcher les enfants de teter.

Dès le 2e ou le 3e jour, les petits grains de muguet apparaissent sur les papilles de la langue ; ils sont blanchâtres, arrondis, isolés, semblables à des grains de millet ; ils grossissent assez rapidement et ont alors l'aspect de petites masses irrégulières d'une

(1) Recherches sur les maladies des nouveau-nés, Paris, 1856.

coloration blanchâtre, qui leur donne l'aspect de lait caillé. La lésion envahit bientôt la face interne des lèvres, les gencives, la voûte palatine et le pharynx et devient plus ou moins confluente. Sous l'influence de l'air, les productions du muguet peuvent prendre une coloration brunâtre.

Les autres symptômes sont la douleur en tetant, le mâchonnement, quelquefois un peu de diarrhée verdâtre, avec un peu de rougeur du pourtour de l'anus.

La guérison survient du 4e au 8e jour ; elle se fait quelquefois attendre jusqu'au 15e jour.

Forme commune. — La forme commune ou grave est caractérisée par la coexistence de l'affection locale qui est plus étendue et plus envahissante que dans la forme bénigne et de symptômes généraux graves.

L'érythème des fesses, avec diarrhée verdâtre abondante, précède souvent l'apparition de l'affection locale (Valleix). Puis le muguet apparaît, accompagné d'un mouvement fébrile peu intense. L'allaitement est très difficile ; le petit malade est dans une agitation continuelle, il présente de l'insomnie, des vomissements, une diarrhée verdâtre abondante et un amaigrissement rapide. L'érythème s'accroît et s'étend aux fesses, aux parties génitales, aux cuisses, aux mollets et aux talons; on observe des ulcérations plus ou moins profondes aux malléoles et des bulles de pemphigus.

La mort est la terminaison la plus fréquente, 20 sur 22 dans les hôpitaux (Valleix). Dans ce cas, la fièvre tombe, le refroidissement apparaît, la respiration s'accélère et les enfants meurent dans l'asphyxie, quelquefois dès le 5e jour.

La guérison est rare; dans ce cas, l'affection se prolonge, les symptômes diminuent peu à peu, les forces reviennent et la convalescence s'établit.

TRAITEMENT. — Le traitement local qui nous a paru le plus efficace est l'eau de Vichy.

Dans la *forme bénigne*, le *borax* (2e et 1re trit.) constitue tout le traitement interne.

Dans la *forme commune* ou *grave*, *mercurius corrosivus* (3e) est le médicament principal; il correspond non seulement à la stomatite, mais aussi à l'érythème et à la diarrhée verdâtre; on fera bien de l'alterner avec l'*arsenic* (3e trit.), qui correspond à l'état général grave, ainsi qu'à la diarrhée et à l'érythème.

Le *carbo vegetabilis* (12e) sera donné lorsque les médicaments précédents ne suffiront pas et que l'état deviendra très grave.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE

La gangrène de la bouche (*noma, stomacace*) est surtout fréquente de 3 à 5 ans. Elle se montre chez des enfants débilités et dans de mauvaises conditions hygiéniques (logements insalubres, hôpitaux) et surtout dans les pays froids et humides.

Elle serait toujours consécutive à une maladie antérieure (d'Espine et Picot) et principalement à la rougeole (environ 50 0/0); on l'a observée aussi à la suite de la pneumonie, de la dysenterie, de la coqueluche, de la fièvre intermittente, de la variole, de la scarlatine et de la stomatite ulcéro-membraneuse. Le traitement au calomel paraît favoriser son développement.

On aurait observé quelques cas de gangrène essentielle (P. Jousset).

La gangrène débute ordinairement par une *ulcération* grisâtre développée dans le sillon gingivo-buccal, à la face interne des joues ou de la lèvre inférieure, rarement à la lèvre supérieure; cette ulcération est assez indolente pour passer inaperçue, et alors le premier symptôme apparent est un gonflement mou et pâle, avec œdème qui est surtout marqué aux paupières ; l'haleine devient fétide et gangréneuse. Au début les enfants conservent leurs forces et leur appétit, et on n'observe la fièvre que si elle est causée par la maladie primitive.

Dès le 3e jour, quelquefois un peu plus tard, le gonflement présente une induration caractéristique; la membrane muqueuse, fortement ulcérée, laisse échapper un détritus noirâtre ; la peau est tendue et luisante, d'une couleur violacée, avec un point noirâtre accompagné quelquefois d'une phlyctène; l'eschare suit une marche envahissante, elle est entourée d'une auréole grisâtre, saignant facilement du côté de la muqueuse, rouge œdémateuse du côté de la peau. L'eschare gagne sur la peau du visage, elle a souvent l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent ; elle peut gagner une grande partie de la joue et du cou, le nez et les paupières; elle est, en général, unilatérale.

On observe une salivation abondante, mélangée de sang et des lambeaux gangrénés ; la fétidité de l'haleine augmente. La gangrène peut atteindre les gencives, les dents se déchaussent et tombent ; les maxillaires, la langue elle-même peuvent être compris dans l'eschare.

L'état général s'aggrave, la soif est violente, la fièvre peu élevée, les forces tombent, l'enfant maigrit considérablement et la diarrhée est ordinairement fréquente ; malgré cela, l'appétit se conserve souvent, s'il ne survient pas de complications nouvelles. Les enfants sont pâles et bouffis, mais assez gais, et ils n'éprouvent pas de douleurs.

La mort peut arriver avant l'élimination de l'eschare ; si la vie se prolonge, l'élimination se fait, la joue ou la lèvre se perfore ; la gangrène peut, malgré cela, continuer à s'étendre, et la mort survient dans la cachexie. Elle peut aussi être causée par une complication : la *broncho-pneumonie*, l'*entérite*, une autre *gangrène* (gangrène de la vulve), ou une *hémorrhagie*, ce qui est beaucoup plus rare.

Lorsque la guérison a lieu, elle peut survenir, ce qui est rare, après une eschare superficielle limitée à la muqueuse ; le plus souvent, elle est consécutive à l'élimination d'une eschare intéressant la muqueuse et la peau, et elle est suivie de cicatrices difformes persistantes.

Le pronostic est toujours très grave, la mort étant sa conséquence dans les trois quarts des cas environ (d'Espine et Picot). La maladie est plus grave dans un hôpital, chez les enfants débilités et lorsqu'il y a une complication de broncho-pneumonie.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste en traitement local et traitement général.

Comme traitement local, nous conseillons surtout la *cautérisation au fer rouge* de l'eschare qui siège sur la muqueuse ; plus la cautérisation sera rapprochée du début de la gangrène, plus elle sera effi-

cace; on la renouvellera si l'eschare continue; le badigeonnage de la muqueuse avec *arsenic* (2e ou 1re) pourra être plus efficace; sur l'eschare cutanée on mettra la 2e ou 1re trit. d'arsenic (P. Jousset).

Contre la fétidité de l'haleine, les lavages avec une solution de *permanganate de potasse* (0,25 p. 100) est le moyen le meilleur.

Les médicaments que nous employons et qui ont certainement une action marquée sont le *mercure*, l'*arsenic* et le *lachesis*.

Mercurius calomelas (3e et 2e trit.) nous paraît la meilleure préparation mercurielle; il répond à l'odeur fétide et à tous les symptômes de la gangrène.

Arsenic (3e trit.) ne contient pas la gangrène de la bouche dans sa pathogénésie, mais il produit d'autres gangrènes et répond parfaitement à l'état général d'adynamie et à la diarrhée; on se trouvera bien de l'alterner avec le médicament précédent.

Lachesis (3e trit.) contient la gangrène de la bouche dans sa pathogénésie; il correspond aussi aux symptômes d'adynamie et on le prescrira alterné avec arsenic à une période plus avancée de la maladie que *mercurius*.

Les autres médicaments indiqués sont l'*apis* (TM) ou *apium virus* (2e trit.), que nous donnerions après les précédents, et enfin *carbo vegetabilis* (12e) contre l'adynamie terminale.

Les cicatrices vicieuses qui suivent la guérison pourront être modifiées par des opérations autoplastiques.

GRENOUILLETTE

La grenouillette est une petite tumeur du plancher de la bouche, constituée le plus souvent par la dilatation du canal de Wharton; mais on décrit sous ce nom différents petits kystes de la même région, présentant des symptômes analogues.

Elle se présente sous forme d'une tumeur du plancher de la bouche, tumeur arrondie, non réductile et transparente; son volume peut être assez considérable pour gêner la mastication et la parole, quelquefois même la respiration.

TRAITEMENT. — Le seul traitement est l'opération, qui varie suivant la nature de la grenouillette et dans les détails de laquelle nous ne pouvons entrer ici.

b). — **Affections du pharynx.**

ANGINE

Nous décrirons dans ce chapitre l'*angine simple* ou *érythémateuse*, l'*angine pultacée*, l'*angine phlegmoneuse* ou *amygdalite* et l'*angine gangréneuse*. Nous ne décrirons pas l'*angine glanduleuse* qui est exceptionnelle chez les enfants.

L'*angine simple* peut se développer primitivement à la suite d'un refroidissement ou de l'ingestion d'un liquide trop chaud; dans le premier cas, c'est souvent le début d'un rhume; elle peut être symptomatique d'un autre maladie (fièvre éruptive, ty-

phoïde, érysipèle, etc.); nous n'aurons en vue ici que l'angine simple essentielle.

L'*angine phlegmoneuse* se développe quelquefois à l'occasion d'un refroidissement, mais souvent sans cause connue; elle récidive souvent chez les sujets prédisposés.

L'*angine gangréneuse* chez les enfants est toujours secondaire (d'Espine et Picot) et survient à la suite des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la dysenterie et de la coqueluche.

Angine érythémateuse. — Après quelques malaises ou d'emblée, la maladie débute par une légère douleur en avalant et par la pression derrière l'angle de la mâchoire; chez les tout petits enfants, on n'observe qu'une grimace en avalant. A l'inspection de la gorge, celle-ci paraît d'une rougeur uniforme et les amygdales sont volumineuses. Il y a très peu de fièvre, avec un peu de malaise et d'anorexie; quelquefois, au contraire, la fièvre est assez intense avec délire et même convulsions chez les enfants très jeunes.

La durée totale de la maladie est de 7 à 10 jours.

Angine pultacée. — Les symptômes généraux sont beaucoup plus marqués que dans la variété précédente; le gonflement des amygdales, la rougeur de la gorge, la douleur qui se propage à l'oreille et la sécheresse sont beaucoup plus intenses.

On observe sur une ou sur les deux amygdales des plaques blanches, peu adhérentes, qui se détachent assez rapidement.

Les ganglions sous-maxillaires sont à peine enflés.

et douloureux, ce qui distingue cette variété de la diphthérie. A ce propos, nous renouvelons ici les réserves que nous avons déjà faites plus haut sur la nature de l'angine pultacée (v. p. 199).

ANGINE PHLEGMONEUSE. — Cette angine débute violemment par des frissons, une fièvre vive, quelquefois du délire et des convulsions. La douleur pharyngée est extrêmement vive et ordinairement unilatérale.

Dans la période d'état, la douleur ne fait qu'augmenter, la déglutition est presque impossible ; l'enfant ne peut ouvrir les mâchoires, la voix est nasonnée, la salivation abondante et les liquides reviennent fréquemment par les fosses nasales. Chez les enfants, l'anxiété est très grande, la respiration peut être très difficile et s'accompagne d'accès de suffocation.

Lorsqu'on examine l'arrière-gorge, on détermine beaucoup de douleur et on aperçoit une amygdale très augmentée de volume avec un gonflement notable du voile du palais au-dessus de l'amygdale. La luette, les piliers sont d'un rouge sombre et peuvent paraître œdématiés. L'amygdale est assez souvent recouverte de débris épithéliaux blanchâtres.

Lorsque la suppuration se fait, on observe des frissons, les symptômes généraux diminuent un peu ; l'abcès s'ouvre spontanément du 4e au 9e jour, souvent le 7e. L'amélioration de tous les symptômes suit ordinairement l'évacuation du pus ; à moins que l'autre amygdale ne se prenne à son tour et que la maladie recommence de nouveau.

Dans quelques cas exceptionnels l'abcès pourrait fuser dans le tissu cellulaire du cou et causer un phlegmon diffus (d'Espine et Picot).

L'amygdalite peut,du reste, se terminer par résolution sans passer par la suppuration.

ANGINE GANGRÉNEUSE. — Dans le cours d'une maladie antérieure, les amygdales, le voile du palais et quelques parties de l'arrière-bouche peuvent être frappées de gangrène. Ces régions sont recouvertes d'eschares grises ou noirâtres avec une haleine extrêmement fétide. Il n'existe d'ordinaire ni douleur ni gonflement des ganglions, mais un état d'adynamie avec refroidissement, tendance aux syncopes.

La mort est la terminaison la plus fréquente et a lieu du 4e au 6e jour. La guérison est très rare.

TRAITEMENT. — Dans l'*angine érythémateuse*, la *belladone* (3e à TM) est le principal médicament ; il répond à l'affection locale et à la fièvre ; la douleur pharyngée à laquelle il convient est celle qui se propage dans l'oreille.

Le *lachesis* (6e et 3e trit.) lui sera préféré lorsque la douleur de la gorge est soulagée par les aliments solides et lorsque la rougeur est foncée.

On a conseillé *apium virus* (2e trit.) lorsqu'il existe un gonflement sous-muqueux marqué et *phytolacca* (TM) pour remplacer la belladone, dans les cas identiques.

Dans l'*angine pultacée*, *belladona* convient aux symptômes douloureux, en l'alternant avec *solubilis* (6e ou 3e trit.) qui correspond aux productions pultacées.

Apium virus, s'il y a du gonflement, *lachesis* si la douleur est soulagée par les solides, peuvent aussi être indiqués.

Dans l'*angine phlegmoneuse*, on peut donner *aconit* (TM) au début, s'il y a une fièvre très violente ou bien *belladone* (TM) et *solubilis* (3e trit.) alternés, si la douleur domine avec gonflement des amygdales et retour des liquides par le nez.

Mais, dès que l'amygdalite paraît certaine, un seul médicament peut la faire guérir par résolution, ou au moins atténuer les symptômes, c'est *baryta carbonica* (6e ou 3e trit.). Le carbonate de baryte est complètement homœopathique à l'amygdalite, dont sa pathogénésie nous offre un tableau fidèle.

Lorsque le pus est formé, l'*hepar sulfuris* (2e trit.), qui est un de nos médicaments de la suppuration, pourra rendre des services.

Pour l'*angine gangréneuse*, nous renvoyons au traitement de la gangrène de la bouche, dont les médicaments nous semblent les seuls à employer avec quelques chances de succès.

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

L'hypertrophie des amygdales survient quelquefois après des amygdalites répétées, mais le plus souvent elle se développe sans cause appréciable; elle s'observe principalement chez les scrofuleux. Elle pourrait être liée au travail de la dentition (West).

L'hypertrophie ne vient que graduellement et [illegible]que toujours sur les deux amygdales,

qui sont jaunâtres ou rose pâle, et obstruent plus ou moins complètement l'isthme du gosier. Lorsque les amygdales sont très développées, elles repoussent en haut le voile du palais et ferment ainsi en partie l'ouverture postérieure des fosses nasales; leurs cryptes sont élargies, et renferment quelquefois de petits calculs.

Cette hypertrophie amène des désordres importants : déglutition difficile, voix nasonnée, diminution de l'ouïe pouvant aller jusqu'à la surdité; la difficulté de la respiration est souvent assez marquée, elle produit le ronflement nocturne et un faciès spécial, avec bouche ouverte et anxiété du visage, d'où un air stupide; nous retrouverons, du reste, ce faciès à propos des *tumeurs adénoïdes*. La difficulté de la respiration a été assez vive dans une observation de West pour amener des accès de suffocation et nécessiter la trachéotomie.

On a aussi rapporté à la gêne de la respiration causée par cette hypertrophie des modifications permanentes dans la conformation de la poitrine : rétrécissement des voies aériennes, déformation du thorax, d'autant plus grande que l'hypertrophie a débuté plus tôt; poitrine en carène et élargissement de la base de la poitrine, comme chez les rachitiques, par le développement des organes abdominaux. West rapporte une observation de Shaw dans laquelle les déformations de la poitrine ont disparu après l'excision des amygdales.

L'hypertrophie des amygdales a une marche lente, accélérée de temps à autre par des poussées inflammatoires, qui surviennent pour le moindre refroidissement.

TRAITEMENT. — Le traitement le plus efficace est l'ablation soit avec l'*amygdalotome*, ce qui est le plus simple et le plus facile, soit en se servant des bistouris spéciaux pour chaque amygdale de Saint-Germain et de pinces à cadre.

Cette opération doit être faite de bonne heure pour éviter les déformations possibles de la poitrine; on ne doit pas enlever les amygdales tant qu'elles sont enflammées, parce que c'est dans ce cas qu'on s'expose à l'hémorrhagie.

Cette opération est sans gravité chez les enfants; le seul accident possible est l'hémorrhagie, qui est rare et se voit plutôt après 18 ans. Pour l'arrêter le meilleur moyen est de mettre de la glace dans une serviette et d'en entourer le cou, de faire un collier de glace (Saint-Germain). On nous a parlé aussi d'une hémorrhagie arrêtée avec une pince à sucre, dont un des mors avait été garni d'amadou et appuyait sur la plaie pendant que l'autre faisait une compression au dehors en sens inverse.

Aujourd'hui, les spécialistes recommandent de détruire les amygdales au thermo-cautère; c'est une opération qui nous paraît préférable chez les adultes, parce qu'elle ne détermine pas d'hémorrhagie, mais qui est difficile chez les enfants indociles parce qu'il faut s'y reprendre à plusieurs fois, et qu'un mouvement brusque de l'enfant pourrait l'exposer à des brûlures sérieuses.

Le traitement interne peut-il amener la diminution graduelle des amygdales ? Il y a des observations qui nous paraissent concluantes dans la clinique de Beauvais de Saint-Gratien (1).

(1) Clinique homœopathique, J.-B. Baillière.

Dans les périodes d'inflammation la *belladone* (3e à TM.) nous paraît le médicament important.

Comme traitement de fond nous conseillerons l'emploi de *baryta carbonica* (3e trit.) et *iodium* (3e trit.) alternés un jour l'un, un jour l'autre, pendant plusieurs mois ; ensuite *sepia* (30e) et *sulfur* (30e) de la même manière ou *sulfur* (30e) et *aurum* (30e). Tous ces médicaments produisent dans leur pathogénésie l'hypertrophie de l'amygdale.

Le *calcarea phosphatica* (6e) et l'*iodure de mercure* (3e trit.) sont recommandés par R. Hughes qui aurait vu diminuer les amygdales sous l'influence de ces médicaments.

Notre ami le Dr J.-P. Tessier conseille de faire tous les jours des insufflations de *bicarbonate de soude* sur les amygdales; nous prescrivons toujours ce moyen externe en même temps que les médicaments.

TUMEURS ADÉNOIDES

Les *tumeurs adénoïdes* sont constituées par l'hypertrophie d'un tissu, qui existe normalement dans le pharynx, mais qui prend un développement exagéré dans certains cas (1).

L'hérédité paraît jouer un rôle important dans le développement des tumeurs adénoïdes; on observe chez les parents des déformations de la face, caractéristiques de tumeurs adénoïdes anciennes, ou de l'angine glanduleuse; les scrofuleux seraient

(1) H. Chatellier. Des tumeurs adénoïdes du pharynx. J.-B. Baillière, 1886.

plus disposés que les autres à cette affection. C'est sous l'influence de poussées inflammatoires répétées que les tumeurs adénoïdes se développent chez les enfants prédisposés.

Après une période de développement lent où l'affection est, en quelque sorte, latente, surviennent des accidents du côté de l'oreille ou des voies respiratoires qui font soupçonner les tumeurs adénoïdes. Du côté de l'oreille, on observe une otorrhée simple ou double avec diminution de l'ouïe; du côté des voies respiratoires, chez des enfants malingres, à développement arrêté, il y a la nuit des réveils en sursaut avec dyspnée violente et sueurs profuses.

Si on examine ces malades avec soin, on s'aperçoit que la gêne de la respiration existe aussi le jour, parce que l'enfant respire par la bouche au lieu de respirer par le nez; il ronfle la nuit.

La phonation est altérée; les sons *an*, *in* sont altérés; l'enfant dit mama pour maman ; l'*m* et l'*n* se prononcent mal.

L'aspect de la figure est caractéristique, la bouche est ouverte, la lèvre supérieure paraissant trop courte; les dents incisives supérieures sont dirigées en avant et sortent au-dessus de la lèvre inférieure; l'enfant à l'air hébété, surtout s'il présente en même temps de la surdité.

On recherchera l'existence des tumeurs adénoïdes par la *rhinoscopie* et par l'*exploration digitale* qui nous paraît le moyen le plus important.

Les tumeurs adénoïdes peuvent devenir le point de départ d'*otites* répétées, d'où altération de l'ouie et même surdité relative.

Du côté du thorax, on peut observer les déformations que nous avons déjà décrites à propos de l'hypertrophie des amygdales (voir p. 241).

Laissées à elles-mêmes, les tumeurs adénoïdes s'atrophient dans l'âge adulte, mais les accidents déterminés du coté de l'ouïe et du thorax persistent.

TRAITEMENT. — Le traitement interne n'existe pas; les moyens employés contre l'hypertrophie des amygdales réussiraient peut-être et nous recommanderions les mêmes médicaments (voir p. 243).

Le traitement chirurgical est le plus important, il consiste dans l'*ablation* par la voie buccale au moyen de la pince de Lœwenberg, qu'on introduit derrière le voile du palais et avec laquelle on arrache, en plusieurs séances, les tumeurs adénoïdes.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

On a décrit sous ce nom les *abcès par congestion* venant d'un mal de Pott cervical et les *abcès aigus* survenant après un phlegmon du tissu cellulaire ou des ganglions de la région. Nous ne décrirons ici que ces derniers.

La fréquence la plus grande est dans la première année, 26 cas sur 89; 9 cas sur 89 dans la 2e année et 11 cas sur 89 de 2 à 15 ans (Gautier) (1).

La scrofule, une maladie fébrile antérieure (variole, rougeole, scarlatine, diphthérie, coqueluche, érysipèle), paraissent favoriser leur développement.

(1) Abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Genève, 1869.

On a cité aussi la rétrocession d'eczéma du cuir chevelu, le traumatisme et l'ingestion de boissons trop chaudes.

Pendant la période de début, qui précède la formation du pus, les symptômes peuvent passer inaperçus ou être masqués par la maladie fébrile concomitante. On observe cependant d'ordinaire les symptômes de l'angine érythémateuse, seulement plus violents et s'accompagnant d'une grande rigidité du cou. La voix est ordinairement nasonnée dès le début, et il peut exister une douleur de tête névralgique, frontale, temporale, mastoïdienne ou occipitale (Saint-Germain).

Lorsque le pus est formé, la *dysphagie* se manifeste, soit que les mouvements de déglutition soient très douloureux, soit que la tumeur empêche les aliments de passer. Chez les nourrissons, elle peut être assez marquée pour empêcher l'allaitement; le lait est rejeté par le nez et la bouche et l'enfant refuse le sein (Gautier).

La *dyspnée* est d'autant plus vive que l'abcès est situé plus bas. Ceux qui siègent à la partie supérieure du pharynx ne déterminent de gêne respiratoire que quand la bouche est fermée ; parce que la tumeur fermant l'orifice des fosses nasales, gêne le passage de l'air par ce conduit. Lorsque l'abcès siège plus bas, la compression qu'il détermine amène une dyspnée constante avec accès de suffocation lorsque l'enfant avale ou lorsqu'on comprime un peu le cou.

La *toux* peut manquer; si elle existe, elle est sèche et sifflante, ayant le timbre de la toux de la laryngite striduleuse.

La *voix* est rauque et nasonnée, elle a un timbre éclatant que M. Labric compare au cri du canard (Saint-Germain).

La *rigidité du cou* est très marquée avec inclinaison de la tête en arrière ou latéralement ; les mâchoires sont souvent serrées comme dans l'angine phlegmoneuse.

Le cou peut être tuméfié, surtout en arrière du larynx, qui est projeté en avant et douloureux à la pression. On observe aussi l'induration et quelquefois la suppuration des ganglions cervicaux. La paralysie faciale a été observée trois fois par Bokaï (1).

Lorsque tous ces signes existent, il faut s'assurer de la présence de l'abcès par la vue et par le toucher. L'inspection permettra quelquefois d'apercevoir la tumeur qui fait une saillie plus ou moins grande et qui est plutôt sur un des côtés que sur la ligne médiane, mais souvent soit parce que la tumeur est située trop haut ou trop bas, soit parce qu'elle est couverte de mucosités ou même de fausses membranes, si elle est consécutive à une diphthérie, on ne pourra rien constater par la vue ; on introduira alors l'index armé d'un doigtier métallique ou après avoir placé un bâillon de bois blanc entre les mâchoires. Le doigt perçoit alors un corps mou, fluctuant. Le Dr Labric recommande, pour bien sentir la fluctuation, de déprimer doucement la tumeur avec la pulpe du doigt, et puis, arrivé à un plan plus résistant, de retirer assez brusquement le doigt de près de 2 centimètres ;

(1) Jahrb. für Kinderheilkunde, 1876.

aussitôt le pus, qui avait été refoulé, revient sur lui-même et vient frapper le doigt qui s'est retiré (Saint-Germain).

En même temps l'enfant est en proie à une grande anxiété ; quelquefois le visage est pâle et livide, le plus souvent rouge et injecté, ou même cyanosé ; il y a en même temps une grande prostration, un pouls filiforme, des syncopes ; quelquefois des vomissements, de la céphalalgie et des convulsions.

Il y a deux formes, une rapide, qui produit les symptômes généraux que nous avons décrits ci-dessus, et une chronique dans laquelle l'abcès se produit lentement et progressivement, avec une apyrexie complète.

La mort survient, lorsqu'on ne donne pas issue au pus, quelquefois dans un accès de suffocation, le plus souvent par asphyxie lente et inanition. L'ouverture spontanée dans la trachée cause la mort subite ; la propagation au médiastin ou à la plèvre complique quelquefois les abcès rétro-pharyngiens.

La guérison, rare après une ouverture spontanée, suit en général très rapidement l'ouverture chirurgicale de l'abcès.

TRAITEMENT. — *Bryonia* (T.M.), *mercurius* (3e trit.) et *hepar sulfuris* (3e trit.) ont été indiqués, surtout à cause de leur action sur la formation du pus ; ils seront le plus souvent inefficaces.

L'*ouverture au bistouri* est le seul traitement important et amenant presque toujours la guérison, lorsqu'elle a été faite à temps. Pour cela on introduira dans le pharynx un bistouri droit, large de

lame, garni de diachylon jusqu'à un centimètre et demi de la pointe et on ponctionnera l'abcès le plus près possible de la ligne médiane pour éviter les gros vaisseaux. L'ouverture doit être prolongée en haut ou en bas pour donner un large écoulement au pus. On fera gargariser l'enfant, s'il sait le faire, les jours suivants avec de l'eau légèrement boriquée.

La trachéotomie a été quelquefois pratiquée pour remédier aux accès de suffocation et surtout à la suite d'erreurs de diagnostic; l'ouverture de l'abcès seule peut amener l'amélioration et la guérison.

c). — Affections de l'œsophage et de l'estomac.

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC

Les *corps étrangers de l'œsophage* sont souvent des morceaux d'aliments trop volumineux, avalés gloutonnement par l'enfant et qui restent dans l'œsophage sans pouvoir descendre dans l'estomac et sans pouvoir être expulsé au dehors par les efforts de vomissements,

On a cité des cas de mort immédiate à la suite de corps étrangers de ce genre qui comblaient l'extrémité inférieure du pharynx et obturaient la glotte. Le plus souvent le corps étranger pénètre plus avant et comprime la trachée, ce qui amène un certain degré de dyspnée et même du tirage.

Des petits caillous, des sous, ont pu être avalé par les enfants, et au lieu de descendre dans l'estomac, peuvent rester dans l'œsophage.

Les *corps étrangers de l'estomac* sont de petit volume et sont le plus souvent expulsés seuls dans les selles.

TRAITEMENT. — Si le corps étranger de l'œsophage est un morceau d'aliment, le traitement consiste à le faire pénétrer dans l'estomac, ce qui est d'ordinaire facile en se servant d'une tige de baleine armée d'une éponge qu'on enduit d'huile.

La manière de faire est plus délicate pour les sous et autres corps étrangers de petit volume; il y a deux façons de procéder: le panier de Graeff que l'on descend au-dessous du corps étranger et qui le ramène en le remontant doucement; Saint-Germain conseille d'introduire simplement une tige munie d'une olive que l'on fait descendre au-dessous du corps étranger ; en la remontant on le déplace et un effort de vomissement l'expulse ordinairement tout seul.

INDIGESTION

L'indigestion se présente chez les enfants à la mamelle, souvent sans aucune cause, souvent à la suite d'un écart de régime de la nourrice, d'une irrégularité dans les tetées, de la dentition.

Chez les enfants de 2 à 5 ans, elle est ordinairement consécutive à un écart de régime.

On ne doit pas considérer comme indigestion le rejet d'un peu de lait qui s'observe souvent chez les petits enfants après avoir teté une trop grande quantité de lait.

S'il y a une véritable indigestion, on observe des

malaises assez marqués : pâleur de la face, agitations, raideurs des doigts; quelquefois, au contraire, somnolence et prostration. Les vomissements de lait caillé qui surviennent en abondance soulagent d'ordinaire l'enfant; quelquefois, au contraire, on observe ensuite des coliques avec dureté du ventre, puis de la diarrhée avec selles fétides, jaunes ou vertes, mélangées de lait caillé. L'éclampsie est souvent causée par une indigestion.

Chez les enfants de deux à cinq ans, l'indigestion débute quelques heures après le repas par une pesanteur à l'épigastre, avec tête lourde et sensation de froid, nausées et éructation; les vomissements alimentaires, souvent difficiles, viennent d'ordinaire soulager le malade; la diarrhée peut aussi venir consécutivement.

Dans une variété légère, l'indigestion se borne à des nausées suivies de diarrhée; les vomissements manquent.

TRAITEMENT. — La *prophylaxie* consiste à observer avec soin les règles de l'alimentation des nouveau-nés et des enfants de la seconde enfance. (V. page 5.)

Contre l'indigestion elle-même le meilleur médicament est l'*ipéca* (3e à 1re trit.). La 3e trit. est la dose la plus usitée contre l'état nauséeux, les malaises et les vomissements; on donne une dose toutes les dix minutes; lorsque la diarrhée survient, on réussit mieux avec la 1re trit.

Pulsatilla (6e à 3e) est un médicament très important et que R. Hughes recommande en première ligne; l'afflux de la salive à la bouche, les baille

ments répétés l'indiqueront de préférence à ipeca ; chez les enfants plus âgés il correspondra aussi aux indigestions causées par les pâtisseries.

Graphites (12e et 6e) *carbo vegetabilis* (12e) ont aussi été recommandés ; mais ils sont moins employés.

Arsenic (3e trit.) conviendra lorsque les vomissements se répètent et que la diarrhée est abondante.

Une diète relative sera favorable pendant les jours qui suivront l'indigestion.

DYSPEPSIE

Cette affection a été décrite par Rilliet et Barthez sous le nom de gastrite chronique ; nous avons préféré la rattacher à la dyspepsie en suivant l'exemple de d'Espine et Picot.

L'allaitement artificiel et le sevrage prématuré, suivi d'une alimentation non appropriée à l'âge de l'enfant, amène dans la première enfance des indigestions qui se répètent et produisent la dyspepsie habituelle. Elle survient aussi, mais plus rarement dans la seconde enfance, chez les enfants scrofuleux, rachitiques ou simplement délicats.

Chez les nouveau-nés, on observe d'abord le retour fréquent des indigestions, avec vomissements et diarrhée ; ces indigestions influent sur l'état général ; l enfant maigrit, perd de son poids, se refroidit facilement, ses couleurs se perdent, son regard s'éteint, ses chairs sont molles et flasques. Le ventre est tendu et est de temps à autre le siège de coliques violentes ; les selles sont répétées, liquides, quelquefois lientériques. Cette dyspepsie n'est souvent

que le début de l'entéro-colite ; et elle peut s'accompagner de convulsions (d'Espine et Picot).

Chez les enfants plus âgés, on observe de la tristesse, de la pâleur, de l'amaigrissement et de la lassitude ; l'anorexie ou l'augmentation de l'appétit, s'accompagnent de goûts bizarres et se montrent successivement. Le plus souvent, l'anorexie domine et on a beaucoup de peine à faire manger les enfants. Les digestions sont, dans certains cas, douloureuses, avec des crises de gastralgie très pénibles ; les vomissements sont assez rares ; la constipation opiniâtre présentant souvent des alternatives de diarrhée.

On observe fréquemment chez ces enfants des maux de tête persistants, un caractère irascible et des terreurs nocturnes (d'Espine et Picot).

TRAITEMENT. — L'alimentation au sein, ou au moins l'usage exclusif du lait jusqu'à l'apparition des dents est le meilleur traitement prophylactique de la dyspepsie des nouveau-nés ; c'est le meilleur régime alimentaire pour la faire disparaître ; nous avons, du reste, en commençant, décrit le régime alimentaire de l'enfance. (V. page 5.)

Lorsque les vomissements sont très répétés, nous nous trouvons bien de prescrire une cuillerée à café d'*eau de Vichy* par biberon, ou d'en faire boire une à l'enfant avant de le mettre au sein.

Les médicaments indiqués dans cette dyspepsie des nouveau-nés, qui est presque toujours le début d'une diarrhée infantile, sont ceux que nous avons indiqués à propos de l'indigestion et ceux que nous retrouverons à la diarrhée ; nous renvoyons à ces

deux chapitres pour les indications particulières des médicaments.

Pendant la seconde enfance, le régime joue un grand rôle dans le traitement de la dyspepsie; on doit proscrire tous les aliments d'une digestion laborieuse.

Les médicaments varient suivant les symptômes.

Lorsque l'*anorexie* domine, l'*antimonium crudum* (2e à 1re trit.) conviendra, s'il y a en même temps du dégoût pour les aliments, langue blanche; il est indiqué aussi pour les vomissements et la diarrhée; s'il n'y a que de l'anorexie sans dégoût ou si l'*antimonium crudum* échoue, on pourra se bien trouver de *dulcamara* (3e à TM).

Si ce sont les symptômes dyspeptiques qui dominent, *nux vom.* (12e) et *graphites* (12e) alternés, le premier une heure avant les repas, le second une heure après, pourront rendre service comme chez les adultes.

Lorsque les douleurs seront très vives, on prescrira les médicaments de la gastralgie et surtout *ignatia* (12e à 6e) ou *china* (6e), ce dernier principalement si les crises surviennent aussitôt après le repas; *chamomilla* (6e ou 3e) pourra aussi calmer les douleurs, en l'administrant pendant la crise et s'il y a de la diarrhée.

Les médicaments de la diarrhée et de la constipation pourront être indiqués; voir ces deux affections.

d). — Affections de l'Intestin.

VICES DE CONFORMATION

Rétrécissement de l'anus. — il peut présenter tous les degrés, depuis une simple diminution de calibre jusqu'à un rétrécissement tel qu'il ne puisse admettre que la pointe d'une aiguille (Bouchut).

Il est annoncé par l'absence et la rareté du méconium dans les selles, le ballonnement douloureux et des vomissements ; l'inspection de l'anus permet de le reconnaître facilement.

On se contentera de la dilatation par l'éponge préparée, si le rétrécissement est léger ; s'il est considérable, on fera une incision au bistouri et on introduira pendant plusieurs mois une mèche dans le rectum.

Imperforation simple de l'anus et du rectum. — Dans ce cas on observe soit l'absence d'anus : le rectum se termine par un cul-de-sac sans ouverture; soit un anus apparent, mais qui ne communique pas avec le rectum qui en est séparé par une cloison ordinairement formée par la muqueuse, cloison située plus ou moins haut dans l'intestin.

L'absence du méconium, le ballonnement du ventre, les nausées, les vomissements annoncent ce vice de conformation, auquel il faut remédier promptement.

Le traitement consiste à faire une ouverture au bistouri, soit à travers la peau imperforée, soit à travers les cloisons rectales et à maintenir cette ouverture par l'emploi de mèches.

IMPERFORATION DE L'ANUS ET DU RECTUM AVEC COMMUNICATIONS ANORMALES. — Le rectum peut s'ouvrir dans la vessie chez l'homme et dans le vagin chez la femme; le premier vice de conformation est suivi, en général, de la mort assez rapide; il s'annonce par l'imperforation de l'anus et l'issue du méconium par les urines. L'ouverture dans le vagin est compatible avec la vie; on peut, du reste, remédier à ce vice de conformation, par une opération que nous ne pouvons décrire ici, car elle rentre complètement dans le domaine chirurgical.

ABSENCE DE RECTUM. — Elle peut être plus ou moins étendue; c'est dans tous les cas un vice de conformation très grave et le plus souvent mortel. On doit faire une ouverture anale artificielle, puis on va chercher l'extrémité inférieure du rectum et on la fixe à l'anus ainsi formé. Il y a une autre méthode qui consiste à faire un anus artificiel au niveau du côlon descendant dans la région lombaire. Les résultats de ces opérations sont, en général, peu satisfaisants.

DIARRHÉE

La diarrhée est ordinairement décrite sous le nom d'*entérite* ou de *catarrhe intestinal*.

Les causes de la diarrhée sont très nombreuses; nous allons les passer rapidement en revue : la *dentition* qui y prédispose les petits enfants; le *régime alimentaire* lorsqu'il n'est pas approprié à l'âge des enfants; le *sevrage prématuré;* les *chaleurs de*

l'été ont certainement une influence marquée, ainsi que les *agglomérations*; c'est dans les quartiers populeux surtout que sévissent les épidémies de diarrhée.

La forme chronique est souvent consécutive aux formes aiguës et à la même étiologie.

La diarrhée existe quelquefois comme complication de maladies aiguës ou comme affection consécutive (rougeole, broncho-pneumonie, fièvre typhoïde, etc.)

FORMES. — Nous décrirons successivement la *forme bénigne*, la *forme commune*, la *forme grave*, la *forme cholériforme* et la *forme chronique*.

FORME BÉNIGNE. — Elle débute ordinairement d'une façon brusque par des vomissements, des coliques et de la diarrhée ; l'enfant souffre du ventre, il crie, agite ses jambes, qu'il rétracte sur son ventre ; les selles sont fréquentes, mais les vomissements ne se reproduisent pas. Très rapidement, l'amélioration survient, les selles s'éloignent, prennent de la consistance et la guérison a lieu du deuxième au quatrième jour.

FORME COMMUNE. — Soit tout d'un coup, soit après des malaises du côté de l'estomac qui ont duré plusieurs jours, la diarrhée s'établit comme dans la forme précédente : les coliques, les cris, l'agitation sont plus marqués ; les selles sont fréquentes soit jaunes et glaireuses, soit verdâtres avec des parties mal digérées, du lait caillé, quelquefois quelques stries sanguinolentes. Il y a souvent un peu d'*érythème* des fesses et des cuisses, mais moins étendu que dans la forme grave. On observe aussi un mou-

vement fébrile plus ou moins marqué, qui ne disparaît qu'au moment où l'amélioration commence. Quoique cette forme se termine toujours par la guérison, elle amène un amaigrissement assez notable et une pâleur marquée; les enfants restent même faibles et languissants pendant quelque temps après la guérison.

Forme grave. — Cette forme est assez rare et ne s'observe que chez les enfants débiles et mal nourris; elle débute comme la précédente, mais avec un mouvement fébrile intense; l'adynamie est rapide, l'amaigrissement considérable; en quelques jours les chairs deviennent flasques, les yeux s'excavent et sont entourés d'un cercle bleuâtre. Les selles sont très fréquentes et deviennent ordinairement verdâtres et acides, quelquefois brunes et fétides (d'Espine et Picot); elles sont âcres et irritantes; l'*érythème* est très étendu, la peau s'écorche et s'ulcère aux talons, aux malléoles et aux fesses. Le ventre est ballonné, on observe aussi fréquemment des vomissements fréquents et l'anorexie est complète.

La mort survient pendant le second septénaire soit dans le marasme, soit par des accidents nerveux, tantôt avec des attaques d'éclampsie (*forme convulsive* de Rilliet) (1), tantôt avec des symptômes d'agitation et de délire alternant avec de la somnolence et du coma (*forme méningitique* de Rilliet).

La guérison est assez rare; lorsqu'elle a lieu, les

(1) Mémoire sur quelques maladies gastro-intestinales de la première enfance. Gaz. méd. de Paris, 1853.

symptômes nerveux, les vomissements et la diarrhée cessent progressivement.

Forme cholériforme. — Le choléra infantile peut débuter d'emblée, mais il est souvent précédé pendant quelques jours d'une diarrhée simple; quoi qu'il en soit, les accidents débutent d'une façon foudroyante par des vomissements incessants, des selles séreuses et une soif que rien ne peut apaiser. Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bientôt séreux, les selles, entièrement séreuses et décolorées, ressemblent à de l'eau légèrement teinte en jaune et contiennent quelquefois de petits flocons verdâtres; elles sont si liquides qu'elles peuvent être prises pour des urines par des mères inexpérimentées (P. Jousset). Les urines sont habituellement supprimées. Dès les premières évacuations cholériformes, le faciès s'altère, la peau se refroidit et l'amaigrissement marche avec une rapidité incroyable. Le pouls est petit et fréquent.

On observe presque toujours de l'agitation et de l'anxiété ; le ventre est plat, ses parois sont flasques ; si on les pince, le pli reste marqué pendant quelques instants. Si la mort doit arriver dans cette période, l'agitation cesse et les enfants sont indifférents à tout, sauf au besoin de boire ; les vomissements cessent, la diarrhée devient involontaire et incessante ; le refroidissement fait des progrès ; le nez, la langue et les mains sont froids ; les lèvres et les ongles bleuâtres ; l'amaigrissement est considérable ; le visage a un aspect sénile; les yeux sont excavés et entourés d'un cercle bleuâtre; le nez s'effile; la peau est plombée. L'enfant tombe dans un collapsus

profond pendant lequel les évacuations se suppriment. La mort survient dans le coma, par une syncope ou dans une attaque de convulsions.

Si l'enfant ne meurt pas dans cette période algide, la réaction s'établit, la peau s'échauffe et le pouls se relève, le regard s'anime, les vomissements cessent, la diarrhée, qui continue à être assez fréquente et liquide, prend une coloration bilieuse, les urines reparaissent et la soif diminue. L'amaigrissement continuerait malgré tout, et atteindrait son maximum pendant la convalescence (Rilliet et Barthez).

D'autres fois, la réaction est incomplète et la diarrhée cholériforme reparaît avec tous les caractères de la période algide; la mort est souvent la conséquence de cette rechute, quoique la guérison puisse s'observer après plusieurs alternatives.

Dans quelques cas enfin la maladie passe à la forme chronique, que nous allons étudier ensuite, et se termine presque toujours par la mort soit dans le marasme, soit par un retour à l'état aigu.

Excepté dans ce dernier cas, cette forme est assez courte, surtout lorsqu'elle se termine par la mort, qui arrive surtout du deuxième au quatrième jours. Lorsqu'elle guérit, elle dure près d'un septénaire.

Forme chronique. — La forme chronique existe rarement d'emblée, elle est presque toujours précédée d'une période aiguë pendant laquelle les enfants conservent leur embonpoint et leur gaieté, et où l'on observe la diarrhée comme seul symptôme. Puis l'aspect de l'enfant change, il commence à maigrir, perd l'appétit; on observe des vomissements et du ballonnement du ventre, qui est dou-

doureux par place. Le foie est hypertrophié et fait une saillie au-dessous des fausses côtes; les selles sont très fréquentes et deviennent plus liquides, verdâtres et semblables à des épinards, ou brunâtres avec des grumeaux jaunes, blancs ou verts, quelquefois muco-purulents avec des stries de sang (d'Espine et Picot). L'amaigrissement devient considérable, il commence par la région du cou et la face puis s'étend au thorax et aux membres; le ventre reste volumineux et ballonné.

La cachexie augmente, on observe la bouffissure de la face, de l'œdème, des pétéchies, du muguet et des eschares.

La mort survient souvent par une pneumonie intercurrente, par un état cholériforme ou dans le marasme. On peut observer dans ce dernier cas un état cérébral singulier, décrit par Marshal Hall sous le nom de *maladie hydrencéphaloïde*, et qui a une certaine analogie symptomatique avec la méningite tuberculeuse : assoupissement interrompu par des cris aigus et de légers mouvements convulsifs (d'Espine et Picot).

Cette forme est très meurtrière et ne guérit presque jamais après l'apparition des symptômes cachectiques.

TRAITEMENT. — *Traitement des formes commune et bénigne.* — L'*ipéca* (1re trit. déc.) est notre médicament principal; c'est lui qui réussit d'ordinaire le plus vite surtout lorsqu'il y a en même temps des nausées et des vomissements.

China (1e)est très recommandé par R.Hughes lorsque la diarrhée s'accompagne de coliques, de vents,

et lorsque les selles sont provoquées par l'ingestion des aliments.

Si la diarrhée persiste malgré ces médicaments, ce qui a lieu surtout dans la forme commune, l'alternance de *phosphori acidum* (3e) et de *calcarea acetica* (3e trit.) réussira souvent à l'enrayer; ces deux médicaments sont indiqués par la diarrhée abondante, mousseuse et pâle, d'odeur fétide, quelquefois involontaire. Ils conviennent souvent dans les diarrhées de dentition; nous les retrouverons au traitement de la forme chronique.

En cas d'insuccès, on aura recours à l'*arsenic* ou au *veratrum* dont nous donnerons les indications au traitement de la forme grave.

Quelques autres médicaments peuvent être employés à la place des précédents dans certains cas déterminés : *croton tiglium* (3e à 1e trit.) lorsque les selles sont très impérieuses, très abondantes, avec borborygmes, coliques et émissions abondantes de gaz; *chamomilla* (3e trit.) lorsque les coliques sont vives et surtout dans la diarrhée de dentition, *colocynthis* (3e à 1e) lorsque les coliques sont excessives et les selles liquides, écumeuses et verdâtres, enfin *dulcamara* (3e) dans les diarrhées verdâtres, d'odeur aigre, s'il y a une anorexie marquée et lorsque le froid humide est la cause de la maladie.

Traitement de la forme grave. — L'*ipeca* est souvent insuffisant et on doit recourir à l'*arsenic* (3e trit.) ou au *veratrum* (3e) soit seuls, soit alternés. Ils conviennent en effet à un état analogue : fièvre, diarrhées séreuses et liquides, abondantes et répétées, vomissements, brûlure anale, état général grave.

Phosphori acidum (3e) et *muriatis acidum* (3e) qui

sont deux médicaments de la fièvre typhoïde, qui a une certaine ressemblance avec cette forme, pourront être indiqués par la fréquence des selles, qui peuvent être involontaires, et par l'état général ; le premier conviendra aux selles blanchâtres et mousseuses ; le second aux selles jaunes verdâtres.

L'érythème qui accompagne cette variété demande des soins spéciaux (voir Érythème).

Les symptômes convulsifs ultimes ou les symptômes méningitiques (agitation, délire et coma) pourront indiquer les *solanées* et l'*opium;* nous renvoyons au traitement de l'éclampsie et de la méningite pour les indications particulières de ces médicaments.

Traitement du choléra infantile. — L'*ipeca* (1e trit. déc.) et la *chamomille* (3e) peuvent être indiqués par les symptômes du début ; l'*ipeca* principalement, qui a réussi quelquefois à enrayer les symptômes cholériformes peu après leur apparition.

Si, malgré ce médicament, les symptômes continuent, on devra prescrire le *veratrum* (3e) ; c'est le médicament par excellence de cette forme (P. Jousset). Nous avons donné ses indications à propos de la forme grave.

S'il échoue on aura recours à l'*arsenic* (3e trit.) qui a des symptômes très analogues, ou à l'alternance de *phosphori acidum* (3e) et *calcarea acetica* (3e trit.) dont nous avons donné les indications plus haut.

Euphorbium (3e) a été très recommandé en Amérique ; *aconit* (TM) a rendu des services, mais plutôt pendant la période de réaction ; *iris versicolor* (3e) est recommandé par R. Hughes, surtout lorsque les

vomissements sont très répétés ; il contient dans sa pathogénésie des symptômes de diarrhée et de vomissements se rapportant assez bien à ceux de la diarrhée cholériforme.

Le *tartarus emeticus* (6e à 3e trit.) pourrait être essayé en cas d'insuccès des médicaments habituels, parce qu'il produit tout à fait les symptômes cholériques; cependant son insuccès dans le traitement du choléra asiatique n'est pas très encourageant.

En dernier lieu, lorsque l'état paraîtra désespéré, le *carbo vegetabilis* (12e), qui correspond à tous les états graves, pourra quelquefois amener un résultat tout à fait inespéré.

Traitement de la forme chronique. — Dans cette forme l'*acide phosphorique* et l'*acétate de chaux*, dont nous avons déjà parlé plusieurs fois, seront souvent efficaces, surtout au début, lorsque la forme chronique est consécutive à une forme aiguë et en particulier au choléra infantile.

L'*arsenic* (6e ou 3e trit., quelquefois 2e trit.) est le médicament le plus important de la forme chronique bien constituée ; il répond aux selles mal digérées, aux vomissements, à l'amaigrissement, à l'agitation.

Le *china* (12e à 3e trit.) donne aussi de bons résultats, lorsque les selles sont provoquées par l'ingestion des aliments et mal digérées. On a aussi recommandé *oleander* (3e), *ferrum* (12e), ce dernier surtout lorsque les vomissements sont très marqués et *sulfur* (12e). Nous avons peu employé ces médicaments, et nous leur préférons *rheum* (TM), qui est indiqué par des selles d'odeur aigre et pré-

cédées de ténesme, et qui se donne à doses fortes, 5 à 15 gouttes par jour et *cotoïne* (1re trit. déc.) qui est un médicament empirique, qui nous à réussi plusieurs fois.

L'*argentum nitricum* (6e ou 3e trit.) et le *phosphorus* (6e ou 3e trit.) conviennent plutôt à la diarrhée chronique des tuberculeux.

Régime. — Dans les diarrhées aiguës et cholériformes, les auteurs recommandent une diète absolue ou au moins une diminution considérable des aliments ; chez les enfants élevés au sein nous croyons qu'on pourra continuer l'allaitement sans inconvénient, chez les enfants au biberon, on donnera du lait coupé d'eau dans une proportion variable suivant l'âge, mais plus grande que celle que nous avons indiquée en parlant de l'alimentation des enfants (voyez p. 5) ; chez les enfants qui commencent à manger, on supprimera toute espèce de nourriture pour revenir au lait. Lorsque le lait de vache est mal digéré, on pourra avoir recours au lait de chèvre qui s'assimile mieux.

Si l'amélioration se fait, on augmentera le nombre des tétées, la quantité de lait dans le biberon et on reviendra progressivement aux œufs, aux purées et à l'alimentation habituelle, tout en agissant avec précautions.

Dans quelques cas, où le lait n'est absolument pas digéré, ce qu'on observe dans la forme chronique et chez les enfants élevés par un traitement artificiel, la *viande crue* peut donner des résultats inespérés. Pour éviter le tænia on donnera de préférence de la viande de mouton (d'Espine et Picot).

nous avons observé dernièrement un enfant qui était très menacé et qui a été sauvé par la viande crue.

ENTÉRITE TUBERCULEUSE

L'entérite tuberculeuse existe très rarement isolée et complique presque toujours la *péritonite tuberculeuse*, la *phthisie pulmonaire* ou le *carreau*.

Les symptômes qu'elle détermine, lorsqu'elle existe seule, ressemblent beaucoup à ceux de la forme chronique de la diarrhée, et il est souvent difficile de les distinguer. Cependant on remarquera que l'entérite tuberculeuse existe après deux ans et surtout de six à dix ans, tandis que la diarrhée de forme chronique se voit surtout chez les petits enfants avant trois ans (d'Espine et Picot).

Nous renvoyons pour le traitement au traitement de la forme chronique de la diarrhée.

CONSTIPATION

La constipation se recontre fréquemment pendant la première enfance, surtout chez les enfants élevés au biberon ; l'usage prématuré des farines alimentaires la produit aussi.

Gautier (1) a signalé la *fissure à l'anus* avec contracture douloureuse comme assez fréquentes chez les enfants et causant alors la constipation.

Pendant la seconde enfance, la constipation présente les mêmes causes que chez les adultes.

(1) Arch. des Sc. phys. et nat. de la Bibl. univ., 1862.

Comme symptômes, nous noterons la rareté des selles, qui surviennent tous les deux ou trois jours, et qui sont constituées par des matières dures souvent volumineuses ; on observe alors, pendant la défécation, des efforts violents, avec agitation, cris; le *prolapsus de la muqueuse rectale* est souvent une complication chez les petits enfants. Les *hernies ombilicales* reconnaissent aussi quelquefois pour cause la constipation habituelle.

La santé générale, surtout pendant la première enfance, peut s'altérer ; les enfants pâlissent, digèrent mal, ont des vomissements, de l'insomnie, des terreurs nocturnes ; et quelquefois la constipation est remplacée par une diarrhée, qui peut revêtir une forme grave.

TRAITEMENT. — Nous ne passerons pas en revue tous les médicaments qui ont été employés contre la constipation. *Nux vomica* (12e), *lycopodium* (30e), *plumbum* (30e), *sulfur* (30e), *alumina* (30e) ont été conseillés chez les enfants, le dernier surtout ; ils peuvent rendre des services, mais nous les avons peu employés. *Opium* (6e ou 3e trit.) nous a toujours parfaitement réussi lorsque les selles étaient très volumineuses ; dans les autres cas, nous employons ordinairement *hydrastis* (TM), recommandé par R. Hughes à la dose d'une goutte par jour ou même encore *phytolacca* (TM) à la dose de X à XX gouttes dans la journée.

Les moyens mécaniques chez les jeunes enfants suffisent ordinairement à produire les selles sans avoir besoin de recourir à un médicament. Un suppositoire de beurre de cacao ou de savon, ou plutôt

une sonde en gomme introduite dans l'anus, provoque en général la selle. Dans les cas rebelles on donnera de petits lavements froids, soit simples, soit, suivant l'âge, avec une cuillerée à café ou à dessert de glycérine.

S'il y a de la *fissure à l'anus*, le *sedum acre* (6e) l'*æsculus hippocastaneum* (2e), médicaments empiriques, réussissent ordinairement à amener la guérison, soit seuls, soit en y associant une pommade avec *pæonia* (TM) (20 gouttes pour 10 gr. de vaseline.)

Pour le *prolapsus du rectum*, voir plus loin.

INVAGINATION

En dehors de l'invagination, l'*occlusion intestinale* est extrêmement rare chez les enfants, et les quelques observations qu'on possède ont eu lieu après dix ans. Les symptômes ne présentent pas de différence avec ceux que l'on observe chez l'adulte, il nous paraît inutile de nous arrêter plus longtemps sur ce sujet.

L'*invagination* est, au contraire, plus fréquente chez les enfants que chez les adultes et se rencontre le plus souvent avant 4 ans, particulièrement même pendant la première année. Les garçons sont beaucoup plus souvent atteints que les filles de cette affection, qui débute ordinairement pendant la santé la plus complète.

Rilliet (1) considère que les mouvements plus fa-

(1) Gazette des hôpit. de Paris, 1852.

ciles du cæcum et du côlon, pendant l'enfance, à cause d'une ampleur plus grande du mésocôlon et de l'existence fréquente d'un mésocœcum sont la véritable cause prédisposante de l'invagination.

Les efforts de toux, l'abus des purgatifs, les traumatismes ont été rencontrés quelquefois comme causes déterminantes, mais le plus souvent il n'en existe aucune.

Pendant la première enfance, l'invagination siège presque toujours sur le gros intestin et souvent débute au niveau de la valvule iléo-cœcale. A partir de 5 ans, on observe à peu près aussi souvent l'invagination au niveau de l'intestin grêle.

Au point de vue des symptômes on observe deux formes : l'une se rapporte à l'invagination du gros intestin; elle à une marche rapide, s'observe surtout pendant la première enfance et de 2 à 5 ans; la seconde est plus lente, se rapporte à l'invagination de l'intestin grêle et ne s'observe qu'après 4 ans.

Invagination du gros intestin. — La maladie débute brusquement et est rarement précédée de prodromes : diarrhée, vomissements ou constipation.

Le début est marqué par de l'agitation, des cris, des vomissements répétées, d'abord alimentaires, puis composés de mucosités aqueuses, et par du ténesme: l'enfant fait des efforts violents et rend des selles composées d'abord de matières fécales et de sang; puis de mucus et de sang pur; ces selles sont précédées de coliques vives et se répètent plusieurs fois le premier jour. Le ventre est ordinairement ballonné, quelquefois flasque, mais presque toujours douloureux.

On obverve en même temps un faciès qui se rapproche de celui de la diarrhée cholériforme : pâleur de la face, contraction des traits, et les yeux sont caves et bleuâtres. Le pouls est petit et serré, les extrémités froides.

L'inspection du ventre et la palpation font ordinairement constater une dépression au niveau de la fosse iliaque droite et une tumeur oblongue qui est située à gauche de l'ombilic et qui se dirige vers la fosse iliaque gauche. Le bout invaginé descend quelquefois assez bas dans le rectum pour être appréciable au toucher rectal sous forme de boudin ou pour sortir de l'anus pendant les épreintes.

La mort est la terminaison la plus fréquente ; elle a lieu du 3e au 5e jour et même plus tôt. Dans ce cas, la fièvre augmente, les vomissement continuent, deviennent fécaloïdes ; la constipation s'établit, quoique chez les tout petits enfants on observe la persistance des selles dysentériformes; le ventre se ballonne peu, surtout pendant la première enfance; le faciès s'amaigrit et se grippe ; les vomissements cessent et l'enfant tombe dans le collapsus. La mort survient dans le coma ou avec des convulsions ultimes.

La guérison est rare ; elle se fait par la disparition de l'invagination et la diminution graduelle des symptômes. Les récidives à bref délai sont faciles.

La guérison par l'élimination de la partie invaginée, qui se voit assez fréquemment dans la forme suivante, est exceptionnelle dans l'invagination du gros intestin.

Invagination de l'intestin grêle. — Cette forme est moins grave que la précédente, quoiqu'elle se

termine plus souvent par la mort que par la guérison. Le début, moins brusque, est caractérisé par des vomissements alimentaires et bilieux, et par la constipation. Les vomissements deviennent fécaloïdes; il existe une douleur abdominale vive, le ventre est ballonné.

La mort peut survenir dans le collapsus vers le 5e ou le 6e jour, comme dans la forme précédente : mais le plus souvent la maladie se prolonge et les symptômes varient suivant qu'il se développe ou non une péritonite généralisée. Dans le premier cas on observe une fièvre violente avec pouls petit et très fréquent, chaleur brûlante, traits altérés et mort dans le refroidissement et l'asphyxie. Lorsqu'il ne se développe pas de péritonite, ou si elle reste localisée, la marche de l'affection est plus lente; après une semaine ou plus de constipation, le malade évacue des gaz fétides, à odeur gangréneuse, bientôt suivis de selles fétides et sanguinolentes. Le même jour ou le lendemain, la partie sphacélée est évacuée, l'état s'améliore, les douleurs disparaissent, l'appétit revient et le rétablissement se fait très lentement. Quelquefois, après une rémission assez marquée, le malade est emporté par une péritonite suraiguë ou même par la rupture de la cicatrice.

La mort peut encore être la conséquence de l'épuisement du malade lorsque l'élimination est longue à se faire.

La guérison a quelquefois lieu avant le sphacèle de la portion invaginée par la réduction de l'invagination.

On a pu observer une invagination n'obturant pas

complètement le calibre de l'intestin et permettant quelques selles, mais après des alternatives le malade est mort d'une péritonite par perforation (d'Espine et Picot).

A la suite de ces invaginations on a observé des diarrhées rebelles et des rétrécissements de l'intestin.

TRAITEMENT. — Plusieurs médicaments, qui nous ont donné des résultats dans le traitement de l'occlusion intestinale, peuvent être employé avec avantage contre l'invagination. Mais s'ils ne donnent pas une amélioration rapide, on essaiera promptement d'autres moyens non médicamenteux, que nous décrirons ensuite.

Belladona (3e à TM) a réussi et est indiqué par la constipation opiniâtre, les coliques, les vomissements et le ballonnement. *Nux vomica* (3e à TM) et *colocynthis* (3e à TM) présentent les mêmes indications et conviennent, surtout le dernier, lorsque la douleur est très marquée.

Opium (6e) et *plumbum* (30e) alternés comptent quelques succès.

L'*insufflation* est recommandée en première ligne par d'Espine et Picot ; mais, pour qu'elle soit efficace, il faut la pratiquer dès les premiers jours avant la formation des adhérences. L'opération se pratique à l'aide d'un soufflet adapté au rectum par une canule en gomme; dans certain cas la réduction de l'invagination a été très rapide, et elle s'est accompagnée d'un bruit assez marqué. Quelques auteurs ont conseillé de chloroformer l'enfant avant de l'insuffler et on devrait recourir à cette méthode en cas d'insuccès sans chloroforme.

On a pu remplacer avec fruit l'insufflation par l'injection dans le rectum d'un siphon d'*eau de Seltz*, ou en y envoyant successivement une potion de Rivière n° 1 et n° 2.

L'*électricité* est aussi un moyen réussissant dans certain cas. On a employé les courants faradiques et les courants continus ; ces derniers ont plusieurs fois réussi en notre présence, entre les mains de notre ami Boudet de Paris, dans des occlusions intestinales chez les adultes.

Enfin, en dernier lieu, l'*entérotomie* seule avec anus contre nature et la *gastrotomie* avec tentatives de réduction de l'invagination, sont la ressource suprême, qui n'a contre elle qu'une indication formelle, les symptômes de péritonite aiguë.

La péritonite suraiguë qui vient si souvent compliquer la situation et qui est la cause la plus importante de mort, réclamera le traitement habituel de la péritonite (voir Péritonite).

TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE

Ces affections ne sont pas très rares pendant l'enfance. Sur 120 cas, 36 se rapportaient à des enfants au-dessous de 15 ans (d'Espine et Picot).

Les garçons y sont plus prédisposés que les filles.

La constipation, le froid, les corps étrangers, un traumatisme ou un effort violent, telles sont les causes de la typhlite simple ; la périty phlite est presque toujours consécutive à une perforation du cœcum ou de son appendice, perforation causée par une concrétion intestinale, un corps étranger ou un ver intestinal.

La *typhlite* débute presque toujours par une douleur vive dans la région iliaque droite, douleur exaspérée par la pression, la toux et les fortes inspirations; le cœcum est le siège d'une tumeur stercorale mate, qui se reconnaît à la palpation. La constipation et les vomissements sont les symptômes ordinaires de cette affection; la diarrhée s'observe quelquefois au début. Il y a un mouvement fébrile plus ou moins marqué.

Les accidents durent de 2 à 9 jours, puis disparaissent; mais il persiste souvent une douleur légère de la région pendant quelques semaines.

La *périty phlite*, quelquefois consécutive à la typhlite, débute le plus souvent brusquement par une douleur cœcale, accompagnée de frissons et de vomissements; cette douleur ressemble comme siège et comme caractère à celle de la typhlite, mais elle est plus vive et augmentée par les mouvements de la cuisse droite, dans laquelle elle s'irradie quelquefois. L'enfant est couché sur le côté droit, la cuisse fléchie. La palpation montre une tumeur plus profonde que dans la typhlite, qui peut devenir fluctuante et présenter une crépitation emphysémateuse.

La guérison a lieu si le pus vient se faire jour à la peau ou dans l'intestin; mais le plus souvent, soit que l'abcès s'ouvre dans le péritoine, soit que l'inflammation s'y propage, il survient une *péritonite aiguë* qui emporte le malade.

La fièvre qui existe dans ces deux affections et la tumeur au niveau du cœcum empêcheront de les confondre avec une invagination.

TRAITEMENT. — Trois médicaments surtout sont indiqués dans ces deux affections ; ce sont la *bryone*, la *coloquinte* et la *noix vomique*.

Bryonia (3e à TM) convient contre la douleur, surtout si elle est soulagée par le décubitus sur le côté malade, et contre la diarrhée ; la constipation n'est pas une contre-indication, cependant nous préférons dans ce cas *colocynthis* (3e à TM) ; *nux vomica* (3e à TM) répond aussi à la constipation et à la douleur, mais surtout lorsqu'elle sera augmentée par le décubitus.

Lorsqu'il y a les signes d'une péritonite aiguë, on donnera de l'*opium* en substance à dose aussi forte que son âge le permettra ; le *badigeonnage au collodion* de toute la région malade, et les applications de glace sont des moyens qu'il ne faudra pas négliger.

Les lavements abondants (un litre pendant la première enfance, un litre et demi à deux litres ensuite) sont les moyens les plus efficaces contre la constipation ; les purgatifs n'ont à ce niveau qu'un effet très peu marqué.

MÉLÆNA DES NOUVEAU-NÉS

Les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés sont très rares et se voient surtout dans les maternités.

Elles peuvent survenir sans lésion de la muqueuse gastro-intestinale ou être consécutives à des ulcérations de cette muqueuse. Dans le premier cas, on a cru qu'elles étaient consécutives à la ligature préma-

turée du cordon (Kiwisch) (1), à la compression prolongée du cordon dans un accouchement prolongé (Bouchut), à la ligature tardive du cordon (Porak) (2). Les ulcérations de la muqueuse gastro-intestinale n'ont été observées que très rarement. Enfin on a considéré le mélæna des nouveau-nés comme causé par une *diathèse hémorrhagique*, et on a été frappé de sa coïncidence fréquente avec les épidémies de fièvres puerpérales.

Le mélæna a un début brusque, ordinairement pendant les trois premiers jours de la vie et s'annonce par des selles hémorrhagiques; plus rarement, et probablement lorsqu'elle est causée par des ulcérations de l'estomac, la maladie débute par une hématémèse.

Les selles sont d'abord noirâtres et composées d'un mélange de sang et de méconium, puis le sang est rendu pur; les selles sont abondantes et répétées; les vomissements de sang, qui manquent dans un tiers des cas environ sont aussi fréquents et abondants.

Lorsque l'affection doit guérir, ce qui a lieu dans un tiers des cas environ, les évacuations sanguines diminuent et tout rendre dans l'ordre assez vite; les enfants restent chétifs et anémiques pendant quelque temps, puis ordinairement reprennent ensuite leur vigueur primitive.

Lorsque la mort doit être la terminaison, les hémorrhagies continuent, l'enfant maigrit rapidement,

(1) Apoplexie abdominale des nouveau-nés. Gaz. méd. de Paris, 1841.

(2) Revue mensuelle de méd. et de chir., 1878.

les chairs sont flasques et d'une blancheur de cire, la température s'abaisse et la mort arrive dans le marasme du 5e au 10e jour.

Si le mélæna est symptomatique d'une diathèse hémorrhagique, il s'accompagne habituellement d'*hémorrhagie ombilicale* (voir p. 172) qui est souvent le symptôme de début ; on observe aussi des hémorrhagies des gencives, des oreilles, des paupières, de la peau et de la vulve (d'Espine et Picot). Un *ictère* plus ou moins marqué précède ou accompagne ces accidents. Cette variété est beaucoup plus grave que les autres.

Il ne faut pas confondre le mélæna avec des vomissements ou des selles sanglantes occasionnées chez les nouveau-nés par un *épistaxis* dont le sang a été avalé, ou par du sang provenant de gerçures de la nourrice.

TRAITEMENT. — Dans l'hémorrhagie, qui est liée à une diathèse hémorrhagique, les médicaments donnés contre le purpura, et principalement *secale cornutum* (1re trit. déc.) et *lachesis* (3e trit.) seraient les plus indiqués (voir p. 41), cependant si les hémorrhagies sont très abondantes il vaudra mieux les alterner avec un des suivants.

Contre les autres variétés de mélæna, nous administrerons *ipéca* (1e trit. déc.), et *phosphori acidum* (1e) alternés ; ces deux médicaments sont ceux qui répondent le mieux par leur pathogénésie aux hémorrhagies abondantes. En cas d'insuccès, l'*hamamelis*, (TM) pourra rendre des services.

Contre le refroidissement et la chute des forces, on fera pratiquer des frictions des extrémités avec

une flanelle chaude ou avec de l'eau de Cologne ; on fera boire à l'enfant un peu de grog ou de vin de Porto.

CHUTE DU RECTUM

La chute du rectum, ou mieux le prolapsus de la muqueuse du rectum est un accident assez fréquent chez les enfants et qui accompagne la constipation opiniâtre, la diarrhée et la dysenterie.

C'est au moment des selles qu'il se produit.

TRAITEMENT. — Les médicaments de la dysenterie et de la diarrhée sont quelquefois nécessités à cause des symptômes concomitants. Contre la chute du rectum elle-même, nous administrons ordinairement le *podophyllum* (3e à 1e), c'est le médicament qui convient le plus souvent;en cas d'insuccès,nous donnons *ferrum phosph.* (3e déc.), recommandé par le Dr Clarke (1) ou l'*aloès* (2e à 1e).

Les bains de siège froids devront être prescrits fréquemment; on aura soin, au moment de la défécation, de soutenir le bord de l'anus avec les doigts; enfin, si l'intestin ne rentre pas facilement, on le réduira avec la main ou le doigt, recouvert d'un linge graissé, en le malaxant un peu.

(1) The Prescriber, 2e édition. Londres 1886.

e). — Affections du péritoine.

PÉRITONITE

La péritonite peut se développer chez le fœtus, chez le nouveau-né et pendant la seconde enfance.

Chez le fœtus, elle entraîne la mort avant l'accouchement ou elle cause des anomalies du tube digestif ou des voies biliaires, qui amènent la mort peu après la naissance (d'Espine et Picot). Nous n'en parlerons pas.

Chez le *nouveau-né*, la péritonite est presque toujours sous l'influence de la *diathèse purulente*, et se voit sous forme d'épidémie dans les maternités en même temps que les fièvres puerpérales. Dans quelques cas rares, la péritonite reconnaît pour cause un rétrécissement du rectum ou du duodénum.

Dans la *seconde enfance*, elle est secondaire ou essentielle. Secondaire, elle est consécutive à la *scarlatine*, à une *opération* abdominale, à un *traumatisme*, et surtout à une lésion intestinale (invagination, typhlite ou périty phlite, perforation, etc.). La *péritonite essentielle* est relativement fréquente, comparativement à ce qu'on observe chez l'adulte, Gauderon (1) en a réuni 25 cas, qui ont surtout été observés entre 5 et 12 ans; sur les 25 cas, il y a 15 filles et 10 garçons. La cause serait un refroidissement après un exercice violent.

(1) De la péritonite idiopathique aiguë des enfants et de sa terminaison par suppuration et évacuation du pus à travers l'ombilic. Thèse de Paris, 1876.

Péritonite des nouveau-nés. — Elle débute du 1er au 14e jour de la vie, plus souvent le 3e, par de la diarrhée verte, avec coliques et vomissements bilieux, jaunes ou verts. La température est de 40 à 41°. Le ventre est ballonné et douloureux à la moindre pression ; on peut souvent par la percussion reconnaitre un épanchement, abondant quelquefois, qui s'accompagne d'œdème du scrotum et pénètre dans la tunique vaginale. L'enfant ne veut pas teter, maigrit considérablement; il tombe dans lecollapsus après une période d'agitation. Les extrémités et la face sont cyanosés, le faciès est hippocratique et la mort arrive après quatre ou cinq jours de fièvre violente.

On observe souvent, en même temps, l'*ictère*, les *hémorrhagies ombilicales* et le *mélœna*, le *phlegmon gangréneux* et l'*érysipèle* de l'ombilic et quelquefois du pus dans les articulations et la plèvre; c'est souvent une variété de la *diathèse purulente*.

Péritonite essentielle de la seconde enfance. — La péritonite débute ordinairement brusquement par une douleur très vive, des vomissements et souvent de la diarrhée; la douleur est d'abord limitée à un point du ventre, mais elle se généralise promptement. Cette douleur oblige les enfants à rester dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis, et leur fait pousser des cris si on les remue. Elle persiste pendant toute la durée de la maladie, pour augmenter au moment où se fait la suppuration; elle disparaît dans les dernières heures qui précédent la mort, quand la péritonite se termine d'une façon funeste (Gauderon).

Les *vomissements* bilieux sont répétés au début, puis diminuent, pour redevenir fréquents au moment de la suppuration; le *tympanisme* est ordinairement peu marqué; il y a souvent un épanchement abdominal souvent très abondant, donnant les signes de l'ascite (matité qui se déplace par la position, sensation de flot). Le mouvement fébrile est très intense au début, où il monte jusqu'à 40°, diminue ensuite et présente des oscillations avec frissons et sueurs au moment de la suppuration.

La mort survient ordinairement par les progrès de l'inflammation et la violence de la fièvre, du 2e au 9e jour; principalement à partir du 5e jour; elle s'accompagne alors de délire et de coma. Elle pourra avoir lieu beaucoup plus tard après la suppuration et l'évacuation du pus au dehors; mais le plus souvent, lorsque la maladie dépasse le 9e jour, on doit espérer la guérison; celle-ci à lieu soit par résolution et résorption, ce qui est rare, soit après l'évacuation du pus au dehors. Gauderon a observé cette évacuation chez 8 malades sur 25 et 6 ont guéri. L'évacuation est spontanée, et alors elle a lieu du 20e au 30e jour, ou elle suit l'ouverture de la tumeur fluctuante qui se forme à l'ombilic. Gauderon explique cette ouverture ombilicale par la faiblesse de la paroi abdominale à ce niveau, où le péritoine n'est pas doublé d'un fascia. Comme il existe une observation où l'ouverture s'est faite au niveau de l'anneau inguinal et une autre auprès des fausses côtes, il est difficile d'admettre cette explication; on pourrait penser que la gaine des vaisseaux de l'ombilic et de l'ouraque s'enflamme et

qu'elle sert, en quelque sorte, de chemin à la collection purulente (P. Jousset) (1).

PÉRITONITE SECONDAIRE. — Cette forme est extrêmement grave et presque toujours mortelle; elle débute très brusquement, s'accompagne rapidement de hoquet, de vomissements et de collapsus. La mort, quelquefois précédée de convulsions, arrive au bout de 12 à 24 heures.

TRAITEMENT. — La *péritonite* du nouveau-né, qui est le plus souvent une manifestation de la diathèse purulente et qui a une marche foudroyante, est presque toujours au-dessus des ressources de la thérapeutique.

L'*arsenic* (3e trit.) et le *lachesis* (3e trit.) sont les deux médicaments qui paraissent le mieux indiqués; peut-être *china* (TM) à hautes doses, comme dans l'érysipèle grave rendrait-il des services.

Enfin, comme dernière ressource, nous donnons *carbo vegetabilis* (30e).

Dans la *péritonite essentielle*, *colocynthis* (3e à TM) est certainement le meilleur médicament; il correspond à la douleur, aux vomissements, à la constipation. Si la douleur n'était pas modifiée, on pourrait recourir à *bryonia* (3e à TM), qui présente à peu près les mêmes indications.

Cantharis (3e à TM) est un médicament à essayer si les symptômes ne cèdent pas avec les médicaments principaux.

Si les symptômes s'aggravent et si l'état général

(1) Clinique de l'hôpital Saint-Jacques. Art médical, 1886.

devient mauvais, on aura recours aux médicaments de la forme précédente, *arsenic*, *lachesis*, *china* ou *carbo vegetabilis*.

Lorsque la suppuration est établie *hepar sulfuris* (2e trit.) ou *silicea* (30e) pourront être employés.

Les applications répétées de collodion élastique sur l'abdomen, d'après la pratique du Dr Robert de Latour, ont certainement une action très favorable. Il y a avantage à donner issue au pus par une ouverture au bistouri lorsqu'il vient faire saillie à l'ombilic.

Contre la péritonite secondaire par perforation, la seule médication est l'*opium* en substance, à doses aussi fortes que possible pour immobiliser l'intestin, et le collodion.

Le vin de Champagne frappé peut avoir une action favorable sur les vomissements et le collapsus.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

La péritonite tuberculeuse est assez fréquente chez les enfants, où on l'observe après 6 ans et principalement de 8 à 10.

Cette péritonite survient chez les *scrofuleux* ; elle peut se montrer dans le cours de la phthisie pulmonaire, mais est alors limitée et n'est qu'un épiphénomène ; elle est aussi une des manifestations de la phthisie aiguë et a alors une marche rapide ; nous ne décrirons ici que la péritonite tuberculeuse existant seule, étant l'affection la plus importante ; elle a alors une marche subaiguë.

Le début de l'affection est souvent précédé de

troubles de la digestion, d'anorexie, de diarrhée et surtout d'amaigrissement; il est ordinairement insidieux; on observe des coliques sourdes avec des alternatives de constipation et de diarrhée; celle-ci finit par s'établir complètement et le ventre devient ballonné. Le ventre est distendu, présente une forme globuleuse; le palper fait percevoir une *rénittence* particulière, causée par les anses intestinales réunies par des adhérences. La percussion détermine une sonorité exagérée, excepté dans certains points où on reconnaît par la palpation des gâteaux tuberculeux, On trouve aussi dans les flancs une zone de matité due à l'épanchement péritonéal, qui est peu abondant et ne donne pas d'ordinaire la sensation de flot. La peau du ventre est luisante et tendue, et laisse voir par transparence un réseau veineux assez développé.

Plus tard, l'épanchement se résorbe, les fausses membranes augmentent et on constate de plus en plus la rénittence; il existe des zones de sonorité et de matité très irrégulières et qui varient suivant les cas; on peut observer parfois par la palpation une sensation d'*amidon froissé*, causé par le frottement des fausses membranes et des petits gargouillements désignés par Guéneau de Mussy sous le nom de *cris intestinaux*.

Plus tard le ventre devient moins globuleux et se rétracte plus ou moins; on sent à la palpation des brides causées par les adhérences entre les parois abdominales et le paquet intestinal.

La *douleur* persiste pendant toute la durée, mais elle est habituellement sourde avec des exacerbations. L'appétit est assez conservé. La *diarrhée* est

fréquente et habituelle; les *vomissements* assez rares.

La marche des accidents est lente et coupée quelquefois de rémissions plus ou moins prolongées. Mais au bout de quelques mois, les symptômes finissent par s'aggraver, l'amaigrissement et la chute des forces augmentent; la fièvre hectique, des œdèmes et des pétéchies se produisent. La mort arrive dans le marasme, ou par une phthisie pulmonaire consécutive; elle peut survenir brusquement par une péritonite aiguë amenée par une perforation.

La guérison a été observée quelquefois, mais laisse à sa suite des adhérences qui gênent pendant longtemps la digestion et quelquefois les mouvements.

TRAITEMENT. — Les deux médicaments principaux sont l'*iode* et le *carbonate de chaux*; *iodium* (3e trit.) répond à l'anorexie, au ballonnement du ventre avec douleurs, aux vomissements et à la diarrhée; il est indiqué surtout par l'amaigrissement rapide; *calcarea carbonica* (12e ou 30e) correspond à la tympanite, à la dureté du ventre, aux vomissements et à la diarrhée; c'est un médicament traditionnel pour les affections scrofuleuses.

En dehors de ces deux médicaments, on prescrit encore *sulfur* (12e ou 30e), souvent d'une façon intercurrente; le soufre produit peu de symptômes du côté de l'abdomen, mais il est indiqué par l'inappétence, les vomissements bilieux et la constipation: *arsenic* (3e trit.) et *carbo vegetabilis* (30e) qui correspondent aux poussées inflammatoires aiguës, qui

surviennent dans le cours de la péritonite tuberculeuse. Nous avons déjà parlé de ces médicaments au traitement des péritonites aiguës.

On applique aussi le *collodion* en couches répétées et on fera la *ponction*, s'il y a un épanchement considérable.

La *laparotomie* par erreur de diagnostic aurait dernièrement amené la guérison de quelques péritonites tuberculeuses (?) ; ce pourrait être une ressource ultime.

CARREAU

Le carreau est une affection scrofuleuse de la seconde enfance ; il se développe de 3 à 12 ans, mais principalement vers la 5e année, et se montre plus souvent chez les garçons.

Le carreau s'accompagne souvent de tuberculose intestinale, et est alors ordinairement secondaire aux ulcérations intestinales.

Cette affection marche lentement, et pendant longtemps l'amaigrissement et la diarrhée sont les seuls symptômes qui coïncident d'ordinaire avec la conservation de l'appétit. Le ventre est indolent, mou et facile à déprimer ; on sent, par la palpation au niveau de l'ombilic, et placée devant la colonne vertébrale, une tumeur dure et bosselée, ordinairement peu mobile, et qui est constituée par les ganglions mésentériques engorgés.

Ce carreau ne s'accompagne presque jamais de douleur ; on observe de l'amaigrissement, de la pâleur, de la bouffissure, de l'œdème, de la diarrhée ; l'ascite avec dilatation des veines de la peau de

l'abdomen peut aussi exister consécutivement à cette affection.

L'appétit est ordinairement conservé ; on peut même observer de la voracité.

La mort est la terminaison habituelle, soit dans la cachexie avec la fièvre hectique, soit par une complication : phthisie pulmonaire, méningite tuberculeuse ou ulcérations intestinales, suivies de perforation.

La guérison est possible, mais rare; dans ce cas, la diarrhée disparaît, l'embonpoint revient et les tumeurs s'atrophient.

TRAITEMENT. — *Iodium* (3e trit.) et *conium* (3e trit. à TM) sont les médicaments les mieux indiqués; ils correspondent tous les deux à l'engorgement des ganglions mésentériques et à la diarrhée; on préférera *iodium* si l'amaigrissement est très marqué et s'il existe de l'ascite.

Le *calcarea carbonica* (12e ou 30e), médicament de la scrofule, a été aussi employé contre le carreau, quoiqu'il ne produise pas le gonflement des ganglions mésentériques, il répond aussi à la diarrhée.

Mezereum (3e), qui produit dans sa pathogénésie des engorgements ganglionnaires et le développement du ventre chez les enfants, pourrait être essayé.

Arsenic (3e trit.) correspond surtout à la diarrhée et à la cachexie concomitante.

f). — Affections du foie.

ICTÈRE

L'ictère peut exister chez les nouveau-nés et pendant la seconde enfance.

Ictère des nouveau-nés. — On ne doit pas considérer comme de l'ictère la décoloration des tissus qui se voit chez un grand nombre d'enfants quelques jours après la naissance.

L'ictère vrai, celui qui est causé par la rétention du pigment biliaire, se présente sous deux variétés : l'*ictère essentiel*, toujours bénin et l'*ictère symptomatique*, presque toujours mortel.

L'*ictère essentiel* paraît se montrer surtout chez les enfants débiles et après les accouchements longs et laborieux. Cette affection a été regardée comme un ictère catarrhal (Virchow), comme causée par les modifications apportées par la circulation hépatique (Frerichs) ou par une stase veineuse dans le foie, amenée par la gêne de la circulation pulmonaire (d'Espine et Picot).

Quelle que soit sa cause, cet ictère débute ordinairement quelques heures après la naissance, quelquefois avant, mais il n'est bien marqué que le 2e ou le 3e jour. La coloration augmente pendant deux ou trois jours pour disparaître du 8e au 10e, quelquefois seulement ver le 15e ou le 20e. Les selles sont ordinairement colorées et les urines un peu ictériques.

Cette affection guérit toujours spontanément et n'a que très peu de retentissement.

L'*ictère secondaire* peut tenir à un vice de conformation des voies biliaires, à la diathèse purulente ou à une hépatite.

1° *Ictère par oblitération congénitale des voies biliaires.* — Cette oblitération siège sur le canal cholédoque ou sur le canal cystique.

Dans le premier cas, l'ictère apparaît peu après la naissance et est rapidement très foncé ; l'urine très colorée tache les couches en brun verdâtre; les selles sont décolorées et fétides. Le ventre se ballonne ; on observe des vomissements, le pouls est petit; l'enfant meurt dans le coma ou les convulsions dès la première semaine, quelquefois par une hémorrhagie intestinale. La vie persiste deux ou trois mois dans quelques cas rares.

Dans le second cas, les accidents sont beaucoup plus tardifs, les selles colorées ; mais on observe un grand amaigrissement, la perte des forces, la cachexie qui augmente jusqu'à la mort; celle-ci est quelquefois amenée par une complication (érysipèle, pneumonie).

2° *Ictère lié à la diathèse purulente.* — Dans ce cas l'ictère produit une fièvre vive et s'accompagne d'une des autres complications de la diathèse purulente du nouveau-né : phlébite ombilicale, péritonite, méningite ou pleurésie suppurée ; il est rapidement mortel.

3° *Ictère lié à une hépatite.* — Nous ne faisons que signaler cette variété qui ne repose que sur un cas de M. d'Espine. Il s'agit d'un enfant qui présenta un ictère très marqué, avec urines très colorées et

selles normales, et qui mourut avec des hémorrhagies de plusieurs voies. Le foie était hypertrophié et avait des lésions de cirrhose interstitielle.

Ictère de la seconde enfance. — L'ictère présente les mêmes symptômes que chez l'adulte ; on peut même observer l'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie, mais cet ictère est exceptionnel; le plus souvent on rencontrera un *simple ictère catarrhal*, qui chez l'enfant peut se montrer par épidémie.

La coloration de la peau et des urines, la décoloration des selles, l'anorexie et la constipation en sont les symptômes habituels.

La terminaison est toujours favorable.

TRAITEMENT. — Dans l'*ictère essentiel des nouveau-nés*, qui est toujours une affection bénigne, on administrera les médicaments que nous indiquerons tout à l'heure dans le traitement de l'*ictère de la seconde enfance.*

Lorsque l'ictère est secondaire à une *oblitération des voies biliaires*, aucun traitement ne pourra amener d'amélioration sérieuse.

L'ictère de la *diathèse purulente* étant ordinairement accompagné d'une autre affection dépendant de la même maladie, et surtout de péritonite, ne demandera pas de traitement particulier ; on administrera ordinairement les médicaments de la péritonite de même nature (voir p. 282).

Pour l'ictère lié à une hépatite, maladie encore mal connue et rare chez l'enfant, nous ne pouvons que donner le nom des médicaments qu'on pourrait

essayer : *phosphore* (3e trit.), *lachésis* (3e trit.) ou *vipera* (2e trit.).

Enfin dans l'*ictère de la seconde enfance*, nous administrerons les mêmes médicaments que chez les adultes : *nux vomica* (3e trit.) lorsque l'ictère s'accompagne d'anorexie et de constipation, *chamomille* (3e trit.) lorsqu'il y a en même temps de la diarrhée, sont les deux médicaments les plus souvent prescrits.

S'il résiste, nous aurions à choisir un des médicaments suivants d'après les indications :

China (6e ou 3e trit.) ictère, avec diarrhée, selles très colorées, anorexie et douleur à la pression au niveau du foie.

Digitalis (1re trit.), ictère avec diarrhée et douleur, mais surtout avec vomissements bilieux très répétés.

Arsenic (3e trit.) et *lachesis* (3e trit.) pourront être donnés ensuite si l'état se prolongeait ; mais nous avons vu que l'ictère essentiel chez les enfants était assez court.

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Les kystes hydatiques du foie sont rares chez les enfants, où on ne les rencontre qu'après 4 ans et surtout qu'après 8 ou 9 ans.

Leurs symptômes et la marche de l'affection sont absolument semblables à ce qu'on observe chez l'adulte ; nous les décrirons donc rapidement.

Après une période latente où le kyste se développe lentement, en causant de temps à autre un

peu de douleur dans l'hypochondre droit les symptômes de la tumeur deviennent apparents. Celle-ci siège plus souvent à la face convexe qu'à la face concave ; dans ce cas, le foie est repoussé en bas, au-dessous des fausses côtes, tandis que le kyste refoule le poumon en haut et amène quelques troubles respiratoires : essoufflement, quelquefois petite toux sèche, oppression et palpitations. Dans ce cas le kyste est souvent pris pour une *pleurésie purulente*.

Lorsque le kyste siège à la face inférieure, il peut comprimer les voies biliaires et amener de l'ictère; la compression des veines et du tube digestif cause aussi d'autres accidents.

Lorsque le kyste existe depuis longtemps, il retentit sur l'état général et on observe de l'amaigrissement et des symptômes anémiques : pâleur des téguments et des muqueuses, épistaxis et faiblesse.

Les signes propres à ces tumeurs sont d'ordinaire plus appréciables que chez l'adulte. Les côtes se laissent plus facilement déprimer, les parois du ventre sont moins épaisses, on peut donc plus facilement arriver sur le kyste; le frémissement hydatique est assez souvent constaté.

La mort est la conséquence habituelle des kystes hydatiques si on n'intervient pas ; elle est ordinairement amenée par les conséquences de sa rupture, qui peut se faire dans le péritoine et amener alors une péritonite suraïguë, dans les plèvres, les bronches, le péricarde, et causer des accidents analogues à ceux que l'on observe chez l'adulte, dans l'intestin, et ordinairement déterminer une diarrhée chronique qui épuise le malade.

La guérison spontanée a pourtant été rencontrée une fois après ouverture dans l'intestin (d'Espine et Picot).

TRAITEMENT. — Quelques médicaments pourront être indiqués contre les accidents déterminés par les kystes hydatiques et nous n'avons pas a en parler ici. Nous n'en connaissons pas qui puisse avoir une action sur le kyste lui-même.

Le traitement est tout chirurgical. La ponction avec aspiration de l'appareil Potain suffit le plus souvent à amener la guérison complète. Si le kyste suppure, il faut l'ouvrir largement après avoir obtenu des adhérences solides entre le kyste et la paroi abdominale par l'application de caustiques suivant la méthode de Récamier (d'Espine et Picot).

CHAPITRE III

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a). — Affections des fosses nasales

CORYZA

Le coryza peut se montrer comme symptôme de la *rougeole*, de la *diphthérie*, de la *syphilis*, de la *scrofule* et d'autres maladies : nous ne traiterons ici que du coryza simple, qui peut exister seul ou être le début du catarrhe pulmonaire et qui est ordinairement aigu; et du coryza chronique, qui est presque toujours symptomatique.

Le CORYZA AIGU débute le plus souvent après un refroidissement, par de la sécheresse du nez avec chatouillements et éternuements; assez rapidement il s'établit un écoulement d'une sérosité abondante, transparente, tantôt liquide comme de l'eau, tantôt un peu filante; l'inflammation de la muqueuse nasale peut s'étendre aux conjonctives et amener un larmoiement parfois très marqué. L'écoulement liquide devient assez rapidement épais et verdâtre, il remplit les fosses nasales, et chez les enfants tout petits et élevés au sein, peut devenir un

obstacle sérieux à l'allaitement; l'enfant, qui ne peut plus respirer que par la bouche, étouffe et est obligé de quitter le sein pour reprendre haleine. Si le petit malade est déjà affaibli et chétif, le coryza peut présenter une gravité sérieuse et on a même rapporté des cas de mort. Le rhume de cerveau gêne, en outre, les enfants dans leur sommeil, qu'il entrave.

Chez les enfants plus âgés, il est ordinairement sans gravité ; il est apyrétique lorsqu'il existe seul, s'accompagne quelquefois de fièvre lorsqu'il est le début d'un catarrhe bronchique.

Le coryza aigu peut, surtout chez les scrofuleux, passer à l'état chronique.

Le CORYZA CHRONIQUE, qui est ordinairement chronique d'emblée, est surtout sous la dépendance de la *scrofule* (voir page 16), de la *syphilis*, des *polypes* et des *tumeurs adénoïdes* (voir page 243). Dans les deux premiers cas, il peut s'accompagner de *carie des os du nez*.

Il atteint souvent les deux narines, quelquefois une seule ; de toute façon il se présente sous deux aspects différents : tantôt écoulement abondant de mucus verdâtre et épais; tantôt sécheresse des narines avec croûtes et ulcérations de la muqueuse. Il s'accompagne quelquefois d'ozène surtout lorsqu'il est lié à la carie osseuse. Les enfants qui en sont atteints ont une respiration bruyante, dorment et respirent la bouche ouverte, ronflent, ont la voix nasonnée. L'odorat est souvent plus ou moins supprimé.

TRAITEMENT. — *Coryza des nouveau-nés.* — Le médicament le plus recommandé est *dulcamara* (3e trit.); en cas d'insuccès, ou aura recours à *nux vomica* (3e trit.), qui correspond surtout à la sécheresse et à l'enchifrènement, ou à *sambucus* (1e à 3e trit.) qui est conseillé par. R. Hughes.

On se trouvera peut-être bien de toucher la muqueuse nasale avec un pinceau trempé dans une solution faible de *cocaïne*; ce moyen a souvent bien réussi chez les adultes.

On est quelquefois dans la nécessité de remplacer pendant le coryza l'allaitement par le lait administré à la cuiller, tant l'impossibilité de teter peut être grande.

Coryza aigu. — Chez les enfants plus grands, si le coryza est simple, on donnera *nux vomica* (3e trit.), au début, s'il existe des alternatives de sécheresse du nez et d'écoulement liquide; *solubilis* (6e), si l'écoulement est liquide, abondant et excorie les narines et la lèvre supérieure; *euphrasia* (3e à TM), si le coryza est abondant et non corrosif, et s'il existe en même temps un écoulement de larmes brûlantes.

La *pulsatille* (3e) et le *soufre* (6e) conviennent à une période plus avancée, lorsque le mucus est devenu épais et vert.

Enfin, s'il existe en même temps que le coryza, de la toux et un début de rhume, c'est le traitement approprié à cette affection qui devra être prescrit, principalement *aconit* (TM), lorsqu'il y a un mouvement fébrile marqué, l'alternance de *solubilis* et de *sulfur* (6e) dans le cas contraire.

Coryza chronique. — Les médicaments de la scrofule, *conium maculatum* (3e à 1re), employé seul,

calcarea carbonica (12e) et *silicea* (12e) alternés nous ont rendu des services; la coexistence de l'ozène indiquerait plutôt ces deux derniers, mais ces indications sont peu précises et dans une maladie aussi rebelle on pourra avoir recours successivement à ces divers médicaments et aux suivants : *kali hydriodicum* (1e trit. et 1e trit. déc.), *kali-bichromicum* (3e), *hepar sulfuris* (3e et 2e trit.). Le *graphites* (6e dil. et 3e trit.) est indiqué dans le coryza chronique, lorsqu'il s'accompagne d'impétigo.

Les *douches nasales* sont un bon moyen auxiliaire ; on se servira d'un irrrigateur muni d'un embout qui obture complètement la narine, et le malade respirera par la bouche de façon que le voile du palais se contracte et que l'eau qui entre par une narine ressorte par l'autre ; l'eau salée nous paraît le meilleur liquide à employer pour ses douches ; on pourrait essayer dans les cas rebelles de remplacer le sel par une petite quantité d'eaux mères du Croisic ou de Salies.

Enfin, si le *coryza* est sous la dépendance d'une carie osseuse syphilique, le traitement spécifique sera indiqué ; s'il est causé par des polypes muqueux ou des tumeurs adénoïdes, on devra les enlever.

EPISTAXIS

On a décrit, au point de vue des causes, une *épistaxis essentielle* et une *épistaxis symptomatique*. L'épistaxis essentielle survient plutôt dans la deuxième enfance pendant les fortes chaleurs de l'été, à l'occasion de fatigues d'études, de l'introduction

des doigts dans le nez, d'une chute ou d'un traumatisme ; cette variété ne nous paraît pas toujours vraiment essentielle, elle serait quelquefois le premier symptôme d'une constitution hémorrhoïdaire, dont les autres signes apparaîtraient à un âge plus avancé ; elle est ordinairement sans gravité. L'épistaxis symptomatique peut être un épiphénomène sans importance au début de la rougeole et de la fièvre typhoïde ou dans le cours de la coqueluche ; elle est beaucoup plus importante dans le purpura, dans les formes hémorrhagiques des fièvres éruptives, dans la diphthérie putride, maladies dont elle est une complication grave par sa répétition ou son abondance.

L'*épistaxis essentielle*, que nous avons principalement en vue dans ce chapitre, est annoncée ordinairement par du mal de tête ou de la chaleur frontale; elle est constituée par un écoulement de sang presque toujours peu abondant, s'arrêtant seul. La répétition fréquente de ces hémorrhagies peut cependant amener une anémie persistante.

Lorsque l'épistaxis survient pendant le sommeil ou simplement pendant le décubitus dorsal, l'écoulement sanguin peut se faire du côté du pharynx et alors les enfants rejetant le sang par la bouche avec une petite toux, on peut croire à une *hémoptysie* ; quelquefois, au contraire, le sang est avalé et rendu par un vomissement ou dans les selles, d'où confusion possible avec l'*hématémèse* et le *mélœna*; le diagnostic peut être presque impossible chez les très jeunes enfants et sera indiqué par la présence de petits caillots à l'orifice des narines.

TRAITEMENT. — Contre les épistaxis habituelles de moyenne intensité et la disposition aux épistaxis *nux vomica* (6e ou 3e) est le médicament qui réussit le plus souvent : il correspond surtout aux saignements de nez qui surviennent la nuit et le matin; c'est le principal médicament des hémorrhoïdaires. *Sulfur* (12e) et *calcarea carbonica* (12e) ont été donnés avec succès, si le premier médicament échoue; le calcarea correspond plutôt à des hémorrhagies très abondantes.

Le *fer* (12e) est indiqué lorsque les épistaxis surviennent en se baissant, il correspond aussi à l'anémie consécutive.

Lorsque les épistaxis sont abondantes et répétées on pourra recourir aux médicaments des hémorrhagies, à l'*arnica* (TM) dans les épistaxis traumatiques, à l'*ipeca* (1re trit. dec.), au *millefolium* (TM) et à *hamamelis* (TM) dans les autres.

L'élévation des bras, les applications froides sur le front et sur le dos favorisent aussi l'arrêt des hémorrhagies. Le tamponnement devra être pratiqué dans les cas rebelles; on pourra réussir cependant par un moyen plus simple en enfonçant profondément par la narine qui saigne un tampon de ouate roulée très serrée, que l'on fait entrer par un mouvement de torsion. On recommande aussi d'injecter avec une petite seringue dans la narine qui saigne le jus d'un citron.

Contre les épistaxis symptomatiques des fièvres graves, du purpura, etc., le traitement est celui de la maladie et nous n'avons rien de plus à indiquer ici comme médicament.

POLYPES DES FOSSES NASALES

Les polypes muqueux ne sont pas absolument rares pendant l'enfance ; ils ne donnent lieu à des symptômes que lorsqu'ils ont acquis un certain développement : enchifrènement; besoins fréquents de se moucher sans résultats; puis la respiration par le nez devient impossible, les enfants ont l'aspect de ceux qui présentent de grosses amygdales : sommeil la bouche ouverte, ronflement, perte de l'odorat, quelquefois surdité; enfin l'enfant peut avoir l'aspect hébété que nous avons décrit aux tumeurs adénoïdes.

En inspectant le nez au spéculum on aperçoit une petite masse flottante, blanchâtre : le diagnostic est fait.

Comme TRAITEMENT on a conseillé surtout *calcarea carbonica* (12e) et *teucrium marum verum* (3e trit.). Nous n'en avons aucune expérience et nous conseillons l'ablation qui se fera au moyen du serre-nœud ; opération simple et peu douloureuse, qui est moins désagréable pour le malade que l'arrachement par les pinces.

Les récidives sont fréquentes.

CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES

Ce sont les plus fréquents de tous. Lorsqu'on vous amène le malade, le plus souvent il y a déjà quelque temps que le corps étranger (caillou, noyau) a été introduit ; il existe alors une violente

inflammation de la muqueuse avec gonflement, écoulement muco-purulent, et il peut être difficile d'apercevoir le corps étranger.

L'exploration avec une sonde métallique de femme permettra le plus souvent de reconnaître la présence du corps étranger et sa position.

Pour l'extraire, nous avons trois moyens : 1° la sonde, avec laquelle on l'atteint, peut le pousser dans le pharynx et l'enfant l'avale, ce qui est ordinairement facile à cause de son volume ; 2° la douche nasale, par l'orifice de l'autre narine, chassera fréquemment le corps étranger au dehors en le poussant d'arrière en avant ; c'est le meilleur moyen : 3° si les moyens précédents ne réussissent pas, on devra l'extraire avec une pince, et le Dr de Saint-Germain recommande pour cet usage la pince à cadre qu'il emploie dans l'amygdalotomie. Chez un enfant qui s'était introduit un bouton de bottine, nous avons pu procéder à l'extraction en passant un crochet dans la queue du bouton.

b). — **Affections du larynx et de la trachée.**

LARYNGITE SIMPLE

Elle se présente sous deux formes ; la *forme commune* qui n'offre aucun danger et la *forme grave* ; elle succède le plus souvent à un refroidissement. Nous ne décrirons ici que la laryngite essentielle, renvoyant à la *rougeole*, à la *fièvre typhoïde*, au *catarrhe pulmonaire*, etc. pour ce qui se rapporte aux laryngites secondaires.

Forme commune. — Elle débute par un chatouillement avec ardeur au larynx; puis par une douleur qui augmente par la parole et la déglutition; en même temps la voix devient rauque et enrouée, il y a de la toux rauque et fatigante, quelquefois quinteuse. La fièvre, ordinairement très modérée, n'existe même pas dans les cas bénins.

La laryngite se termine par la guérison ou le passage à l'état chronique. Dans le premier cas, la fièvre diminue ainsi que l'aphonie, la toux devient grasse, l'expectoration s'établit. Dans le second, la toux persiste, est ordinairement plus forte le soir, dans le décubitus dorsal; la voix reste enrouée. Pendant cette période, la laryngite présente des alternatives fréquentes de mieux et de moins bien.

Forme grave. — Cette forme peut être mortelle; elle débute par un mouvement fébrile violent avec douleur laryngée et toux rauque. La voix se prend, est rauque, puis aphone; on observe ensuite une dyspnée intense et un sifflement laryngo-trachéal. Les auteurs signalent la rareté des accès de suffocation dans cette forme et se basent sur leur absence pour établir le diagnostic avec le croup. Chez un enfant qu'il me fut donné d'observer de près, il y a eu des accès de suffocation violents, mais qui présentèrent une particularité pendant les premiers jours de la maladie, c'était de n'avoir lieu que la nuit; plus tard, ils survinrent aussi le jour, mais presque toujours après un moment de sommeil. L'enfant guérit du reste. Nous avons pensé qu'il s'était joint à sa laryngite grave un certain degré d'œdème de la glotte.

Lorsque la maladie doit se terminer par la mort, les traits sont très altérés, la dyspnée augmente, le pouls devient très petit; on observe souvent du délire et des convulsions et la mort arrive vers le 7e ou le 8e jour.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, les symptômes de dyspnée s'amendent, la toux devient grasse avec une expectoration abondante. L'aphonie persiste quelquefois longtemps après la guérison.

TRAITEMENT. — Dans la *forme commune* on administre au début : *aconit* (TM) si la fièvre est vive, *belladone* (TM) si la douleur du larynx s'étend vers l'isthme du gosier et l'oreille.

Nous recommandons ensuite *phosphorus* (6e ou 3e trit.) contre la toux sèche avec sensation d'écorchure dans le larynx, même en respirant; *drosera* (6e ou 3e trit.) si la toux est quinteuse avec envie de vomir et excitée par un chatouillement laryngé; *hyosciamus* (6e) pourra être donné seul ou avec un des médicaments précédents, lorsque la toux sera très fréquente la nuit. Si la laryngite à cette période de toux sèche ne cédait pas rapidement aux médicaments précédents, on aura recours à *spongia tosta* (1ere trit.), dont nous reparlerons au traitement de la forme grave.

Lorsque la toux devient grasse et si la laryngite passe à l'état chronique *hepar sulfuris* (3e trit.) est le médicament le plus important.

Dans la *forme grave*, *l'aconit* (TM) au début, puis *spongia* (1re trit. déc.) me paraissent les deux médicaments importants. Spongia est certainement celui qui a donné le plus de succès; chez l'enfant auquel

je faisais allusion plus haut, il ne produisit pas grand soulagement, et à cause des symptômes qui nous paraissent dépendre d'un peu d'œdème de la glotte, nous avons donné *apium virus* (2e trit.) qui eut un succès complet et rapide. On devra donc penser à ce médicament dans les cas analogues.

La trachéotomie a pu être nécessaire, et nous étions sur le point de la tenter chez notre malade, lorsque l'amélioration s'est produite. Elle présente ici les mêmes indications que dans le croup, c'est-à-dire qu'elle empêche l'asphyxie laryngée. Pendant les crises de suffocations on agira comme pendant les accès du croup et ceux de la laryngite striduleuse; éponge imbibée d'eau bouillante sur le larynx, et, en cas de danger d'asphyxie immédiate, vomitif d'ipéca qui donne le temps d'attendre en amenant un répit momentané.

LARYNGITE STRIDULEUSE

La laryngite striduleuse a été autrefois confondue avec le croup. C'est une affection qui ne se rencontre que dans l'enfance et surtout de 2 à 7 ans, et qui sévit surtout sur les garçons ; elle s'observe quelquefois chez plusieurs enfants de la même famille. Si on ne l'observe que dans l'enfance, c'est qu'elle est la conséquence de la conformation du larynx à cet âge. Chez l'adulte, la glotte se divise en deux parties, une partie antérieure ou vocale, et une postérieure ou respiratoire, constamment ouverte, qui n'existe pas chez l'enfant; c'est à l'absence

de cette glotte respiratoire que sont dus les accès de suffocation de la laryngite striduleuse.

Le refroidissement, les cris prolongés, la dentition paraissent les causes occasionnelles les plus fréquentes ; elle se montre aussi au début de la rougeole, de la coqueluche et de la grippe.

Le début de la maladie est caractéristique : après avoir éprouvé dans la journée du coryza, un peu de toux, de l'enrouement, ou même sans aucun symptôme prodromique appréciable, l'enfant est réveillé tout à coup, souvent vers 11 heures, par un accès très violent de suffocation, accompagné d'une toux rauque, éclatante et d'une respiration difficile et sifflante. L'enfant assis sur son lit, anxieux, haletant, est dans un état en apparence très grave ; la toux est fréquente, le faciès animé, la peau chaude, le pouls accéléré ; chaque mouvement inspiratoire s'accompagne d'un tirage très prononcé ; la voix, quelquefois normale, est ordinairement enrouée avec des éclats rauques ; on observe quelquefois pendant l'accès des mouvements convulsifs des membres. Cet état violent se calme ordinairement au bout de quelques minutes, la toux devient moins sèche, le sifflement inspiratoire cesse et l'enfant se rendort.

Dans les cas simples, le reste de la nuit se passe bien, le lendemain il y a encore un peu d'enrouement avec toux rauque, mais déjà grasse. Tout peut être fini, mais souvent la nuit suivante on observe un second accès moins violent.

Dans les cas intenses, les accès de suffocations se répètent la même nuit après une période de sommeil ; la fièvre est violente ; les accès reparaissent

le lendemain dans la journée quelquefois, mais surtout le soir vers 11 heures ; il peut en être ainsi plusieurs soirs et la maladie dure de quatre à sept jours ; mais les accès sont habituellement de moins en moins forts.

La guérison est la règle dans le plus grand nombre des cas, cependant la mort à pu exceptionnellement survenir pendant l'accès de suffocation.

La brusque invasion, les caractères de l'accès, l'intégrité de la respiration entre les crises, l'absence d'angine permettront d'ordinaire de distinguer la laryngite striduleuse du croup, quoiqu'il y ait des croups d'emblée qui débutent ainsi subitement et que dans quelques cas le diagnostic soit difficile.

TRAITEMENT. — Pendant l'accès les deux médicaments principaux sont *moschus* et *ipeca*; *moschus* (1re trit.) suffit le plus souvent à calmer la crise de suffocation; nous faisons prendre une petite pincée à sec sur la langue toutes les 2 ou 3 minutes jusqu'au calme ; nous faisons en même temps respirer ce médicament. Si l'accès est très violent, la suffocation telle que l'on puisse craindre pour l'enfant, nous employons l'*ipeca* et nous le donnons alors à dose vomitive (0,15 à 0,30 suivant l'âge). L'application sur le devant du cou d'une éponge imbibée d'eau très chaude soulage ordinairement l'enfant ; on a recommandé aussi les inhalations de vapeur chaude et un bain chaud.

En dehors de l'accès nous administrons surtout *aconit* (TM) et *spongia tosta* (1re trit. déc.). Le premier convient aux symptômes de laryngite qui persis

tent entre les accès et à la fièvre, le second répond aux accès de suffocation.

Coralia rubra (12e ou 30e) est recommandé par Teste comme le médicament principal et R. Hughes conseille *cuprum* (12e ou 6e) dont les symptômes pathogénétiques conviennent bien à l'élément spasmodique de la laryngite striduleuse. Nous aurions recours à un de ces deux médicaments et surtout au dernier, si les accès de suffocation se renouvelaient, malgré spongia et aconit.

ŒDÈME DE LA GLOTTE

C'est une affection assez rare chez les enfants et qui est toujours secondaire. Elle peut se développer dans le cours de la laryngite aiguë (voir p. 302), de la variole, de l'érysipèle de la face, du sclérème, de la phthisie, de la scarlatine et de la fièvre typhoïde.

Les auteurs anglais ont décrit une variété particulière à leur pays et qui est consécutive à la *brûlure du larynx*, chez les jeunes enfants qui aspirent du thé bouillant par le bec de la théière.

Nous ne décrirons pas les symptômes de cette affection, que l'on ne confondra pas avec le croup, lorsque l'on connaîtra bien la cause qui l'a produite; le caractère de la dypsnée qui présente une inspiration difficile et une expiration facile, la tuméfaction de l'épiglotte, appréciable au toucher, permettront du reste de faire le diagnostic.

TRAITEMENT. — Le médicament qui prime tous les autres est le venin d'abeille, soit *apis* (TM), soit

apium virus (2e trit). La piqûre d'abeille produit l'œdème de la glotte avec tous ses symptômes, c'est un médicament qui nous a souvent réussi.

En seconde ligne nous pensons que les médicaments les mieux indiqués sont les venins de serpents, et surtout *vipera* (2e trit.), et *mercurius corrosivus* (3e trit.).

La trachéotomie deviendra nécessaire si l'asphyxie est imminente.

SPASME DE LA GLOTTE

Le spasme de la glotte est une affection caractérisée par un spasme des muscles constricteurs de la glotte et du diaphragme. Il y a une certaine relation entre cette affection et l'éclampsie.

C'est surtout avant un an, et de quatre à dix mois, que le spasme de la glotte s'observe et principalement chez les garçons. Il est plus fréquent à la ville, chez les enfants affaiblis et ayant eu une alimentation prématurée ou artificielle. L'hiver est l'époque où on l'observe le plus. Il se développe fréquemment chez les rachitiques.

Les causes occasionnelles reconnues sont le refroidissement, les quintes de coqueluche, et les cris prolongés ; lorsque la maladie existe, les causes les plus futiles, examen de la gorge, déglutition, colère, réveil, peuvent déterminer des accès.

La maladie débute brusquement par un *accès* : la respiration se suspend, la figure devient anxieuse, elle rougit fortement, les lèvres bleuissent, la bouche est largement ouverte, la tête renversée en

arrière et les yeux fixes. Après 10 à 30 secondes d'arrêt de la respiration, l'inspiration reparaît par une suite de petites inspirations répétées, sifflantes.

Les accès se répètent d'ordinaire, quoique la maladie puisse quelquefois être bornée à un seul ; ils se rapprochent d'ordinaire et s'accompagnent de spasmes du diaphragme. Dans quelques cas, ce spasme est le seul symptôme de l'affection et on observe seulement de l'apnée, et il n'y a pas l'inspiration sifflante de la fin de l'accès.

On a constaté en même temps des attaques d'*éclampsie* survenant vers la fin de l'accès, ou seulement des spasmes dans les muscles de la face ou des extrémités. La *tétanie* existe souvent concurremment avec le spasme de la glotte, soit qu'elle apparaisse quelques jours avant, soit qu'elle l'accompagne (d'Espine et Picot).

La *mort* peut survenir pendant le premier accès ; sinon les accès se répètent, et sont séparés par une période d'accalmie complète. Elle peut se montrer pendant un des accès ou être la conséquence de la cachexie dans laquelle tombent les enfants atteints de spasmes de la glotte répétés. Dans les cas dangereux, les accès se rapprochent beaucoup, ils sont longs et violents.

La *guérison* peut être rapide, puisqu'on observe quelquefois un seul accès ; le plus souvent, elle n'arrive qu'après 15 jours à 2 mois de maladie.

Les récidives sont possibles.

TRAITEMENT. — Au moment de l'accès, on facilite la respiration de l'enfant (aération et desserrement des vêtements). Si l'accès est violent, la fla-

gellation avec une serviette trempée dans l'eau froide, le marteau de Mayor, la respiration artificielle sont des moyens à employer.

Contre la maladie elle-même, *moschus* (1re trit.) est très efficace ; la contraction du larynx avec suspension de la respiration est parmi ses symptômes pathogénétiques.

Zincum (6e ou 12e), *cuprum* (6e ou 12e) et *platina* (6e ou 12e) sont aussi les médicaments les plus actifs, quoique leurs pathogénésies ne les indiquent pas d'une manière formelle.

L'*arsenic* (6e à 3e trit.) et le *veratrum* ont aussi été indiqués.

CORPS ÉTRANGERS DES VOIES AÉRIENNES

Nous ne nous occuperons comme corps étrangers que des *corps étrangers solides;* les gaz délétères qui s'introduisent par les voies aériennes, les liquides, qui pénètrent soit en avalant de travers, soit sous l'influence de l'asphyxie ou du coma, causent des désordres tout différents de ceux des corps solides, qui sont les seuls à examiner chez les enfants.

Parmi les corps étrangers solides, les plus importants sont ceux qui sont introduits par la glotte, et qui sont très divers ; quel que soit leur mode d'introduction, ils peuvent rester *fixés* dans le larynx; soit qu'ils soient trop volumineux pour franchir complètement la glotte dans laquelle ils restent enclavés, soit qu'ils pénètrent plus profondément et qu'ils restent enchâssés dans le ventricule du larynx; s'ils pénètrent dans la trachée, ils y sont fixés, soit

implantés par une aspérité (morceau de bois, d'os), soit en se gonflant sous l'influence de l'humidité (morceau de viande) ; ou bien ils sont mobiles, et suivent les mouvements respiratoires, ou s'ils sont lourds ne se déplace qu'en faisant changer de position à l'enfant ; la trachée n'est qu'un passage et le plus souvent le corps étranger s'engage dans une des bronches, plus fréquemment dans la droite. Il peut y être mobile et alors peut remonter dans la trachée, ou immobilisé par le mécanisme que nous avons décrit pour la trachée ; en outre, les tout petits corps étrangers ont une tendance à s'engager de plus en plus du côté des petites bronches.

Lorsque le corps étranger pénètre à travers la glotte, il détermine un accès de suffocation extrêmement violent : la face est bleue et tuméfiée, les yeux saillants, la toux est quinteuse et violente, puis au bout d'un instant le calme reparaît.

Si le corps étranger est resté *mobile*, des accès de suffocations analogues reparaîtront toutes les fois qu'il viendra en contact avec le glotte. Cette alternative de calme absolu et d'accès de suffocations extrêmement violents est caractéristique.

Le déplacement du corps étranger dans la trachée produit un bruit spécial, le bruit de grelottement, perçu à l'auscultation de la trachée et par l'application de la main sur le devant du cou.

On observe également de la toux et le rejet de mucosités spumeuses, quelquefois sanguinolentes.

Lorsque le corps étranger est *fixe*, les phénomènes de suffocation et de bruit de grelottement n'existent pas; s'il est peu volumineux et laisse passer facilement la colonne d'air, après la suffoca-

tion produite par son entrée, il peut ne se révéler pendant longtemps par aucun symptôme.

Quelquefois une douleur en un point déterminé persiste et peut donner des indications sur le point où il est situé.

Si le corps étranger est volumineux et qu'il obture une des deux bronches, il produit une gêne de respiration très considérable; en outre, l'auscultation révèle l'absence du murmure vésiculaire de ce côté: s'il obture incomplètement la bronche, on n'observe que la diminution du murmure vésiculaire. Si le corps étranger reste fixé dans la trachée ou le larynx et s'il est volumineux, il amène une oppression considérable et il cause assez rapidement la mort.

Si le corps étranger s'arrête dans l'orifice glottique, il amène une suffocation rapidement mortelle et ne s'accompagnant pas de toux.

Les corps étrangers fixés profondément produisent, pour ainsi dire, toujours des accidents secondaires graves qui sont précoces ou tardifs; ces accidents précoces sont caractérisés par l'inflammation du tissu pulmonaire, la pneumonie; les accidents tardifs sont assez analogues à ceux de la phthisie pulmonaire: toux, expectoration muco-purulente, hémoptysie et mort dans le marasme.

La *guérison* est amenée par l'expulsion spontanée peu après l'introduction du corps étranger; lorsque l'expulsion est tardive au bout de plusieurs mois ou d'années, les accidents secondaires dont nous avons parlé existent déjà et peuvent se terminer par la mort, malgré cette expulsion.

Lorsque le corps étranger est un épis de graminée,

il peut sortir à travers les parois thoraciques et par un abcès.

La *mort* est la conséquence des corps étrangers, soit pendant les accès de suffocation qu'ils déterminent, soit à la suite de ses accidents secondaires.

TRAITEMENT. — Toutes les méthodes pour provoquer l'expulsion du corps étranger : huile, vomitifs, position horizontale, la tête un peu déclive, avec percussion sur le dos, doivent être abandonnées comme inutiles et quelquefois dangereuses.

Si le corps étranger était placé à l'orifice glottique, on en ferait l'extraction avec les doigts ou une pince. Mais cela est rare et lorsqu'il est au-dessous il faut pratiquer la *trachéotomie* ou la *laryngotomie*. La laryngotomie est réservée aux cas où le corps étranger est fixé dans le larynx ; le plus souvent on pratiquera la trachéotomie (voir p.123) et il y a urgence à le faire le plus tôt possible. Si le corps étranger est mobile il sera presque toujours projeté au dehors aussitôt après l'ouverture de la trachée,

Si l'expulsion n'a pas lieu spontanément, on la provoquera en déterminant la toux, en plaçant le malade dans la position horizontale et en faisant des percussions sur le dos, ou en allant chercher le corps étranger avec une pince ou un crochet mousse ; si le corps étranger était fixé dans le larynx on pourrait provoquer sa sortie en le poussant par l'orifice glottique et en le faisant tomber dans la trachée.

c). — Affections du poumon et de la plèvre.

CATARRHE PULMONAIRE

Nous décrirons sous ce nom l'inflammation de la muqueuse des voies respiratoires, depuis la trachée jusqu'aux vésicules pulmonaires, depuis la bronchite simple jusqu'à la broncho-pneumonie.

Le catarrhe pulmonaire est *essentiel* ou *symptomatique*. Dans le premier cas, il succède à un refroidissement; il peut être causé par le travail de la dentition. Les enfants *rachitiques* et *scrofuleux* y sont prédisposés.

Il survient comme affection symptomatique dans le cours d'un grand nombre de maladies : rougeole, croup, fièvre typhoïde, coqueluche, asthme, phthisie pulmonaire.

Nous décrirons successivement la *forme commune* ou *rhume*, la *forme grave* (*catarrhe suffocant*, *bronchite capillaire*, *broncho-pneumonie*) et la *forme chronique*.

Forme commune. — Elle débute souvent par du coryza et de la laryngite qui présentent les caractères qui leur sont propres (voir p. 294 et p. 302); peu après, ou d'emblée, la toux s'établit; elle est sèche et douloureuse; la fièvre est ordinairement peu intense et présente une rémission chaque matin. L'auscultation fait entendre un ronchus trachéal ou quelques râles sibilants. La respiration est fréquente et un peu ronflante. Le cri est souvent voilé

chez les très jeunes enfants ; chez les autres, il n'est pas modifié.

Au bout de 3 à 4 jours, la fièvre tombe, la toux devient grasse, avec une expectoration grisâtre ou verdâtre chez les enfants au-dessus de 5 ans, ordinairement nulle avant cet âge. La toux est quelquefois un peu quinteuse à cette période de la maladie ; elle diminue progressivement et la guérison est rapide du 8e au 12e jour ordinairement.

Forme grave. — Elle peut se présenter sous deux variétés: la *bronchite capillaire* ou *catarrhe suffocant* ayant une marche rapide et la *broncho-pneumonie* avec une marche plus lente. Elle est d'autant plus grave qu'elle se voit chez les enfants plus jeunes.

Bronchite capillaire. — Cette variété est surtout fréquente avant 2 ans; elle se montre chez les jeunes enfants soit spontanément, soit dans le cours de la rougeole ou croup; elle survient souvent chez les rachitiques.

Le début est marqué par une fièvre très vive et par la dyspnée qui est le symptôme le plus marqué de la maladie. La respiration est très fréquente et dès le 2e jour on peut observer jusqu'à 80 respirations par minute. Les enfants font des mouvements d'inspiration énergiques, ils se trouvent quelquefois assis dans leur lit et prennent un point d'appui sur les barreaux de leur lit ; les ailes du nez sont dilatées. On observe quelquefois du tirage, mais moindre que dans le croup. La toux est sèche, courte et répétée.

A l'auscultation, on entend des râles sibilants

et ronflants disséminés, et des râles sous-crépitants fins aux deux bases, à la région postérieure de la poitrine; quelquefois avec diminution du murmure vésiculaire et même de la submatité. Le plus souvent ce sont les seuls signes stéthoscopiques; quelquefois, on trouve plus tard du souffle limité avec de la matité, souffle et matité qui peuvent varier dans leur situation.

La fièvre qui existe, violente dès le début, est plus intense le soir, et s'accompagne de sécheresse de la peau, de soif et d'agitation; les yeux sont brillants et hagards; on observe quelquefois du délire, mais plutôt de la somnolence chez les enfants très jeunes dont la maladie marche plus rapidement vers la période asphyxique.

Lorsque la mort est la terminaison de la maladie, ce qui est le cas le plus fréquent en dehors de la thérapeutique homœopathique, l'asphyxie se prononce, la figure est pâle avec rougeur des pommettes. L'enfant est dans un assoupissement profond entrecoupé par moments d'agitation; la respiration est très rapide, superficielle, accompagnée d'un râle bruyant entendu à distance. Le cri est faible, la toux rare et faible, le pouls filiforme et rapide, la respiration devient de plus en plus insensible et la mort survient du 5e au 8e jour, quelquefois dès le 3e jour, soit dans le coma, soit dans une attaque éclamptique, soit même avec conservation de la connaissance jusqu'à la fin (d'Espine et Picot).

Si la guérison doit avoir lieu, la dyspnée diminue et la toux augmente de fréquence et d'énergie. Les enfants se rétablissent assez rapidement.

Broncho-pneumonie. — Les symptômes fébriles

sont intenses dans cette variété qui se distingue de la *pneumonie* par sa marche irrégulière et sa longue durée.

Le début est marqué par une température très élevée et par de la dyspnée, moindre que dans la forme précédente. Lorsque cette affection succède à la coqueluche, on voit les quintes diminuer, puis disparaître et la toux devient courte et sèche.

La fièvre, après avoir été élevée matin et soir pendant quelques jours, présente ensuite un type rémittent qui existera pendant toute la durée de la maladie et qui ira en diminuant graduellement si la guérison doit terminer la scène; une élévation ou une chute brusque de la température doit être considérée comme d'un facheux pronostic (d'Espine et Picot).

La toux est d'abord sèche, puis elle devient grasse et lorsque la broncho-pneumonie est symptomatique de la coqueluche et de la rougeole, ou qu'elle se rencontre chez les enfants d'un certain âge, elle donne lieu à une expectoration nummulaire.

A l'auscultation on entend au début, comme dans la bronchite capillaire, des râles ronflants et sibilants disséminés, et des râles sous crépitants fins, prédominants à l'inspiration; mais, en outre, on perçoit soit à une base, soit aux deux, les signes d'une induration pulmonaire : submatité, diminution du murmure vésiculaire, souffle et bronchophonie ; ces signes remontent plus ou moins haut de chaque côté, sont très mobiles, et apparaissent tantôt en un point, tantôt en un autre (Damaschino) (1). Si le

(1) Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants. Th. de Paris, 1867.

souffle est très étendu dès le début et s'il siège des deux côtés, c'est un symptôme grave (d'Espine et Picot).

La durée de la broncho-pneumonie n'est pas bien déterminée; elle peut se terminer du 8e au 15e jour ou persister un ou deux mois. Dans les deux cas on peut observer de temps à autre des rémissions, suivies d'élévations thermiques, indiquant de nouvelles poussées d'inflammation du poumon (Ziemssen) (1).

La fièvre est plus modérée lorsque la broncho-pneumonie a une longue durée, ce qui se voit souvent après la coqueluche, mais alors il y a une véritable cachexie : amaigrissement, bouffissure, pustules d'ecthyma autour du nez et de la bouche, quelquefois eschare au sacrum. L'aspect du malade est tel qu'il paraît phthisique.

La *mort* est plus lente que dans la bronchite capillaire, et est causée par l'asphyxie du 15e au 20e jour ou par l'épuisement au bout de un à deux mois.

La *guérison* est lente, et est suivie d'un affaiblissement assez long, pendant lequel on peut observer des rechutes.

La terminaison par le développement de la phthisie pulmonaire est assez rare, mais on la voit quelquefois chez les scrofuleux, et en particulier lorsque la broncho-pneumonie est symptomatique de la rougeole ou de la coqueluche.

Forme chronique. — La forme chronique est rare

(1) Pleuritis und Pneumonie Berlin, 1862.

chez les enfants, où elle s'observe quelquefois à la suite d'une des formes précédentes.

Elle peut être confondue avec la phthisie, lorsqu'elle s'accompagne de *dilatation des bronches ;* on constate alors de la respiration bronchique et même caverneuse, avec retentissement de la voix ; la toux est fréquente et est quelquefois suivie d'accès de suffocation qui se terminent par une expectoration muco-purulente abondante. Comme dans la phthisie pulmonaire on peut observer la fièvre *hectique*, un amaigrissement rapide, de la cachexie et une terminaison fatale.

On a aussi signalé, mais très rarement une *variété pseudo-membraneuse*, qui complique ordinairement la phthisie et qui est caractérisée par l'expulsion de cylindres pseudo-membraneux, quelquefois ramifiés et des hémoptysies ; c'est souvent une complication de la tuberculose plutôt que d'une véritable bronchite. La mort est la conséquence de la phthisie ou d'un accès de suffocation. Lorsqu'elle existe en dehors de la phthisie, la bronchite pseudo-membraneuse se termine assez souvent par la guérison.

TRAITEMENT. — *Traitement de la forme commune.*— Le traitement du début est celui du coryza ou de la laryngite (voir p. 296 et p. 303), si la maladie débute par une de ces affections.

Lorsque la toux et la fièvre sont les premiers symptômes, *aconit* (TM) est le médicament indiqué par les caractères du mouvement fébrile et par la toux sèche, violente et répétée.

Pendant la période d'état, le traitement varie suivant les caractères de la toux.

Contre la toux sèche un peu quinteuse, on donnera *ipeca* (6e) lorsqu'il y a un peu de dyspnée et que la toux, provoquée par un chatouillement sous-sternal ou par les grandes inspirations, s'accompagne de douleur d'écorchures dans la trachée, de douleur à l'abdomen et de chaleur au visage. S'il y avait en même temps un point de côté, on alternerait avec l'*ipeca*, la *bryone* (6e).

Si la toux sèche ne s'améliorait pas avec ce traitement, on donnerait *phosphorus* (6e), mais ce traitement convient plutôt à la forme grave.

Si la toux est quinteuse, *drosera* (6e ou 3e) conviendra si les quintes sont provoquées par un chatouillement laryngé et si elles s'accompagnent de vomissements. *Drosera* convient aussi lorsque la toux, sans être véritablement par quintes, est incessante ; dans ce cas nous donnons plutôt une dose forte (TM).

Contre la toux quinteuse qui résisterait à *drosera*, on pourrait administrer *cina* (3e trit.) ou *viola odorata* (6e). Le premier de ces médicaments convient, s'il y a du prurit nasal et si la toux est excitée par les respirations profondes.

Si la toux sèche ou quinteuse est plus fréquente la nuit, on se trouvera bien d'associer à un des médicaments précédents *hyosciamus* (6e), qu'on est quelquefois obligé de descendre à la 3e ou à la 1re dilution, ou de remplacer par une autre solanée, *belladone* ou *stramonium* aux mêmes doses.

Lorsque la toux deviendra grasse, *pulsatilla* (6e ou 3e) conviendra lorsque la toux est provoquée par l'inspiration et un chatouillement laryngo-trachéal, lorsqu'elle est plus intense le soir dans la position

horizontale et lorsqu'elle s'accompagne d'une expectoration jaunâtre et épaisse ; un coryza de même nature, et l'incontinence d'urine indiquent encore ce médicament.

Conium maculatum (3e à 1re) convient dans les cas analogues, lorsqu'il y a une prédominance de toux la nuit.

Le *kermès* (3e à 1re trit.) et l'*arséniate d'antimoine* (2e trit.) sont indiqués après les médicaments précédents par les toux grasses avec expectoration facile.

Hepar sulfuris (3e et 2e trit.), *sulfur* (12e) conviennent lorsque le catarrhe pulmonaire a une tendance à passer à l'état chronique, chez les enfants scrofuleux en particulier.

Traitement de la forme grave. — L'*aconit* (TM) peut être indiqué au début, mais il doit être rapidement remplacé.

Nous avons dans l'alternance d'*ipeca* (6e) et de *bryonia* (6e) un traitement véritablement héroïque de la bronchite grave; ces deux médicaments réussissent dans la plupart des cas et depuis que nous les employons nous avons un nombre considérable de guérisons; aucun autre traitement ne peut rivaliser avec celui-ci; ces médicaments sont indiqués par la toux sèche et répétée, la dyspnée intense, la respiration courte et précipitée, un râle trachéal entendu à distance.

Les lésions produites chez les animaux sont en rapport avec celles que l'on rencontre chez les malades.

Dans le catarrhe suffocant, lorsque l'asphyxie est très prononcée, on pourra donner *ipéca* (1re trit. déc.)

et cette dose réussira quelquefois dans des cas où la 6e aura échoué.

Nous recommandons après ces deux médicaments si la maladie ne s'améliore pas et si la toux devient grasse, *pulsatilla* (6e).

Phosphorus (6e), que nous employons plutôt dans la pneumonie franche est considéré par R. Hughes comme le meilleur médicament dans la bronchite grave. Sa pathogénésie semble, du reste, l'indiquer et nous y aurions recours en cas d'insuccès.

Arsenic (3e trit.) nous paraît surtout indiqué dans la bronchite capillaire, qui résiste à *ipéca* et *bryone*; il est indiqué surtout par la dyspnée intense, avec anxiété, tendance à l'asphyxie, et correspond à un état très grave et à une fièvre intense.

Tartarus emeticus (12e) convient dans le même cas et dans la broncho-pneumonie dont il reproduit les lésions; son action est quelquefois un peu incertaine, et il paraît mieux nous réussir depuis que nous employons les doses faibles, que lorsque nous donnions la 1re trit.

Carbo vegetabilis (30e) est indiqué après les médicaments précédents, lorsque l'état s'aggrave beaucoup et que l'asphyxie est imminente; et produit quelquefois une amélioration remarquable.

Si la broncho-pneumonie avait une tendance à la chronicité, *sulfur*, *hepar sulfuris*, *kermès* et *arséniate d'antimoine* pourraient être employés d'après les indications que nous avons données au traitement de la forme précédente.

Traitement de la forme chronique. — En dehors des médicaments que nous avons indiqués ci-dessus pour la tendance à l'état chronique, nous indique-

rons contre les dilatations bronchiques les médicaments qui seront prescrits à propos de la phthisie pulmonaire, les symptômes étant assez analogues pour que ces indications thérapeutiques se ressemblent.

La *bronchite pseudo-membraneuse* présente une indication particulière et *kali bichromicum* (3e), qui a produit chez les animaux et dans les empoisonnements des symptômes très analogues à ceux de cette affection, nous parait appelé à rendre de grands services.

PNEUMONIE

Moins fréquente que chez l'adulte, la pneumonie franche se rencontre assez souvent chez les enfants, surtout de 2 à 6 ans.

Elle se développe le plus souvent chez les enfants forts et vigoureux, et si l'impression du froid l'amène quelquefois, le plus souvent elle survient sans aucune espèce de cause.

Elle récidive assez souvent.

FORMES. — Nous décrirons la *forme commune*, la *forme bénigne*, et la *forme cérébrale*.

Forme commune. — Le début est brusque et marqué par un frisson et des vomissements ; le frisson est remplacé par des convulsions chez les tout petits enfants.

La fièvre est vive dès le début, la température monte à 40° et se maintient entre 39° et 40° jusqu'à la fin de la maladie ; la peau est chaude et sèche,

les yeux brillants, les pommettes rouges; on peut observer qu'une des pommettes est plus rouge que l'autre; l'enfant est très agité ou très accablé. On peut constater chez les enfants très jeunes un *rash érythémateux*.

Chez les enfants de 5 ans et au-dessus, le point de côté violent, la toux sèche et incomplète, la respiration haletante et quelquefois des crachats légèrement rouillés, la dilatation et les mouvements des ailes du nez attirent l'attention du côté de la poitrine.

Chez les enfants plus jeunes, ces signes manquent le plus souvent et on ne peut penser à une affection thoracique que par la respiration fréquente et surtout par l'exagération de la respiration abdominale, et le mouvement des ailes du nez.

A l'auscultation on constate les signes de la pneumonie plus ou moins promptement d'après le siège de la lésion. Ils sont précoces dans la *pneumonie de la base*, où on observe dès le 1er jour la diminution du murmure vésiculaire en arrière et en bas; le 2e ou au plus tard le 3e jour, il existe de la matité et du souffle mélangé à du râle crépitant fin; chez les enfants très jeunes, le râle est sous-crépitant; on observe quelquefois l'augmentation des vibrations thoraciques et de la résonnance de la voix.

La marche de la lésion allant de bas en haut et d'arrière en avant, les jours suivants on entend le souffle et les râles fins dans l'aisselle; en arrière, on observe du souffle tubaire et quelquefois des râles plus humides.

Si la pneumonie siège *au sommet*, les signes stéthoscopiques apparaissent plus tard, du 3e au 5e jour,

par quelques bouffées de râles fins ou du souffle à l'inspiration; dès le lendemain, on constate de la matité et un souffle intense.

La température présente quelquefois une diminution légère le 3e jour, remonte ensuite à la hauteur du début pour tomber par défervescence le 5e ou le 7e; celle-ci est quelquefois retardée au 9e, au 11e et même au 13e jour. Elle est annoncée par la moiteur des mains; quelques heures après, une transpiration générale et abondante se déclare; les joues sont violacées, le visage pâle et défait, le regard éteint, et les enfants sont couchés sur le dos dans un anéantissement complet. Le pouls a beaucoup diminué de fréquence et la température est tombée à la normale, pour se trouver même au-dessous le lendemain (d'Espine et Picot).

La toux, après la défervescence, est plus fréquente et plus grasse; on entend à l'auscultation des râles sous-crépitants et humides. La défervescence peut se faire en deux fois.

La convalescence est ordinairement très rapide; les enfants reprennent très vite leur appétit et leur vie ordinaire. Les signes stéthoscopiques persistent, et l'on constate la matité et le souffle pendant 8 à 10 jours (d'Espine et Picot).

Lorsque la pneumonie est *double* ou lorsqu'elle envahit successivement plusieurs lobes d'un même poumon, chaque nouvelle poussée est accompagnée d'une nouvelle élévation thermique, la défervescence est retardée au 9e, 11e ou 13e jour, les symptômes d'asphyxie sont plus marqués et la mort est plus fréquente. Ziemssen a même appelé *pneumonie à rechute* une variété dans laquelle il y a un intervalle

entre chaque poussée et dans laquelle on assiste à des pneumonies successives.

Telle est la marche de la pneumonie lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou soumise à un traitement allopathique. Traité par les médicaments homœopathiques, elle présente une diminution graduelle de la fièvre avant la défervescence finale, et les signes de l'auscultation disparaissent presque avec la fièvre (P. Jousset). La guérison est la règle dans cette forme.

On a observé quelquefois dans des pneumonies du sommet une prolongation de la maladie qui ne se résout que difficilement et peut faire penser à la phthisie (Ziemssen).

La *pleurésie* et quelquefois la *péricardite* peuvent exister en même temps que la pneumonie; dans ces cas, on observera les signes stéthoscopiques de ces affections et le pronostic sera aggravé.

Une complication, qui se voit quelquefois dans la convalescence chez les enfants affaiblis, est de l'*anasarque*, qui ne s'accompagne pas d'albuminurie et qui disparaît assez promptement.

FORME BÉNIGNE OU ABORTIVE. — C'est la forme précédente atténuée; elle débute par un mouvement fébrile aussi violent, mais il tombe dès le 3e jour et la guérison survient rapidement.

FORME CÉRÉBRALE. — Rilliet et Barthez en ont décrit deux variétés, la *forme éclamptique* et la *forme méningée* qui s'observe surtout avec la pneumonie du sommet ; la première pourrait être décrite sous le nom de *forme maligne*, car elle se termine très souvent par la mort; la seconde n'est que la forme

commune avec accompagnement de symptômes méningés ; si nous l'avons décrite à part, c'est pour la clarté de notre description.

Variété éclamptique. — Elle n'existe que chez les jeunes enfants, surtout pendant la dentition. Elle débute par des convulsions, qui contrairement à celles que l'on rencontre dans la forme commune se répètent ; les convulsions ne viennent quelquefois qu'après le 4e jour ; elles sont ordinairement limitées à quelques muscles (œil, nuque, extrémités) ; les autres symptômes sont analogues à ceux de la forme commune.

Quoique la mort en soit la conséquence ordinaire, on observe cependant quelquefois la guérison.

Variété méningée. — Il y a, au début, du mal de tête, de la constipation ; on observe chez les petits enfants de *l'assoupissement* et même du *coma* ; après 5 ans, du *délire*, qui se montre surtout sous forme de typhomanie ou d'hallucination.

Comme dans la forme commune, la guérison est la terminaison presque constante.

TRAITEMENT. — *Traitement des formes commune et bénigne.* — *L'aconit* (TM) est le médicament qui convient au mouvement fébrile du début, mais on devra le remplacer par un des suivants dès que le diagnostic sera posé.

L'alternance de *bryonia* (12e) le jour et de *phosphorus* (12e) la nuit, que nous devons au Dr J.-P. Tessier est le traitement le plus souvent indiqué ; ces deux médicaments conviennent aux lésions pulmonaires et surtout à la dyspnée, au point de côté, augmenté par la toux et la respiration, à l'expecto-

ration de crachats sanguinolents ; le phosphore produit surtout la toux nocturne. Dans le plus grand nombre des cas ce traitement suffira jusqu'à la chute de la fièvre.

Si les symptômes s'aggravaient, on prescrirait *arsenic* (3e trit.), qui convient à l'état général grave et aux symptômes de la pneumonie ; *tartarus emeticus* (12e), qui est indiqué par la suppression de l'expectoration, lorsqu'elle existe, par l'intensité de la dyspnée ou par la persistance de l'hépatisation ; ou *sulfur* (12e) qui correspond aux symptômes de la pneumonie avec mouvement fébrile très violent, sueurs et face vultueuse.

Lorsque la fièvre a disparu et que la toux devient grasse, *pulsatilla* (6e), *hepar sulfuris* (3e trit.) ou *kermès* (2e trit.) seront administrés suivant les indications que nous avons données au catharre pulmonaire (voir p. 321).

Traitement de la forme cérébrale. — Dans la *variété éclamptique*, lorsque les convulsions dominent la maladie, on sera obligé de les combattre par les *solanées* et le *chloral* (voir p. 156).

Dans la *variété méningée*, si les symptômes ne sont pas trop violents, on donnera le traitement de la forme commune. Si les accidents sont très marqués, on aura recours aux *solanées* suivant les caractères du délire ou du coma (voir p. 189), ou à l'*arsenic* qui correspond, comme nous l'avons vu, à la pneumonie commune et à la typhomanie.

GANGRÈNE PULMONAIRE

La gangrène pulmonaire est une affection très rare, peut-être un peu moins chez les enfants. Elle est toujours secondaire. On l'observe le plus souvent dans la *rougeole*, où elle peut survenir en même temps que le noma et la gangrène de la vulve, dans la *phthisie pulmonaire*, dans l'*adénopathie bronchique*, dans la *fièvre typhoïde*, dans la *pneumonie*, la *broncho-pneumonie*, la *dilatation des bronches* et les *corps étrangers des bronches*.

Elle peut ne se révéler par aucun symptôme propre pendant la vie (Rilliet et Barthez) ; elle s'accompagne d'ordinaire d'un état général grave, avec prostration, pouls faible, inappétence et diarrhée ; la *fétidité gangréneuse de l'haleine*, en dehors de la gangrène de la bouche et du pharynx, et la *fétidité des crachats* sont les seuls symptômes qui permettent d'affirmer son existence. Les crachats, lorsqu'ils existent, sont gris ou bruns et mélangés de pus ; le microscope y a fait quelquefois reconnaître des débris d'alvéoles pulmonaires. Enfin on rencontre assez souvent des *hémoptysies* dans les cas de gangrène pulmonaire.

La mort est la terminaison la plus fréquente et elle survient ordinairement dans le collapsus ; une hémoptysie abondante ou un pneumothorax peuvent aussi l'amener.

TRAITEMENT. — Lorsque le diagnostic sera fait, nous aurons surtout à administrer l'*arsenic* et les *venins*.

Arsenic (3e trit.) est un des médicament de la pneumonie, il correspond à un état très grave avec collapsus et tendance aux lipothymies ; il y a des symptômes de gangrène dans sa pathogénésie.

Le *lachesis* (3e trit.), qu'on alternera d'ordinaire avec le précédent, est un médicament assez analogue par ses symptômes.

Les forces de l'enfant seront soutenues avec un peu de grog léger, du champagne coupé.

PLEURÉSIE

La pleurésie essentielle est très rare avant 6 ans et sa fréquence augmente ensuite progressivement. Elle est quelquefois déjà un symptôme rhumatismal et peut être suivie quelques années après d'une attaque de rhumatisme articulaire.

La pleurésie secondaire s'observe dès le jeune âge et elle est souvent purulente, elle peut succéder à une *pneumonie* ou se développer dans le cours de la *scarlatine*, 32 fois sur 58 cas (West), du *rhumatisme articulaire aigu*, et très rarement de la *rougeole*, de la *coqueluche* et de la *fièvre typhoïde*.

Nous ne parlerons pas ici des pleurésies sèches qui accompagnent fréquemment la *pneumonie* et la *phthisie pulmonaire*.

FORMES. — Nous décrirons deux formes, la *forme commune* et la *forme purulente*. Cette dernière est plus commune chez les enfants que la pleurésie séreuse, à laquelle nous conservons le nom de forme commune qui lui convient si on envisage les pleurésies à tout âge.

Forme commune. — La pleurésie séreuse a toujours une marche aiguë dans l'enfance et elle se termine constamment par la guérison.

Le début est marqué par une fièvre ordinairement assez vive et par un point de côté. Le point de côté, qui manque presque toujours avant 5 ans, est ordinairement peu intense; le dyspnée est très peu marquée à ce moment et la toux n'existe que s'il y a un peu de bronchite concomitante. La maladie sera facilement méconnue, si l'on ne songe pas à ausculter l'enfant.

L'épanchement est plus rapide que chez les adultes et atteint son apogée du 5e au 15e jour. Il se révèle surtout par la percussion : la *matité* sera facilement reconnue si on percute avec douceur ; parce que la sonorité du poumon sousjacent la masquerait si la percussion était trop forte. La marche de la matité est la même que chez l'adulte. La *diminution des vibrations thoraciques* est ordinairement difficile à constater chez les enfants et donne peu de renseignements. A l'auscultation, on perçoit un *diminution du murmure vésiculaire* et du *souffle*, souffle doux, qui s'entend à la base du thorax, surtout pendant l'inspiration et qui remonte lorsque l'épanchement augmente. Le murmure vésiculaire disparaît complètement dans les épanchements abondants. Le *bruit de frottement* est exceptionnel ; si l'on fait parler l'enfant, on constate du *retentissement de la voix*, bien rarement de l'*ægophonie*.

Lorsque l'épanchement est abondant, la percussion sous-claviculaire permet de reconnaître d'une façon marquée le *bruit de Skoda*, bruit qui disparaît quand l'épanchement diminue ou s'il remplit toute

la cavité thoracique. Dans les épanchements abondants, on constate aussi une *dilatation du thorax* considérable, et le déplacement du cœur si on a affaire à une pleurésie gauche.

La dyspnée, qui manquait ou était très légère au début, s'accentue lorsque l'épanchement est considérable.

La mort par syncope est exceptionnelle chez les enfants, même lorsque le cœur est très refoulé.

La pleurésie se termine presque toujours par résolution du 7e au 18e jour. La diminution de l'épanchement s'accompagne du retour du murmure vésiculaire, puis de celui de la sonorité; quelquefois on observe aussi des râles ronflants et même du frottement.

Le passage à l'état chronique et à la purulence ne se voit que chez les petits enfants ou lorsque la pleurésie est consécutive à l'albuminurie scarlatineuse.

Forme purulente. — Elle peut être purulente d'emblée, lorsque la pleurésie est symptomatique d'une *fièvre éruptive* ou de la *diathèse purulente*.

Le plus souvent elle succède à la forme précédente, d'une façon insidieuse : l'épanchement augmente ou reste stationnaire; on observe en même temps l'amaigrissement, la pâleur, l'inappétence; la fièvre prend un type rémittent très marqué, avec augmentation de la température le soir et sueurs profuses la nuit.

L'amaigrissement peut être le seul signe de la pleurésie purulente, qui se forme alors sans réaction fébrile.

Lorsque l'épanchement purulent est constitué,

on observe une dilatation thoracique marquée, avec *œdème des parois* et dilatation veineuse; la pâleur et l'amaigrissement sont considérables, souvent avec bouffissure du visage et œdème des malléoles.

La matité est absolue et très étendue; les signes stéthoscopiques peuvent être analogues à ceux de la forme commune (absence du murmure vésiculaire et souffle) ou bien sont constitués par des symptômes caverneux : *gargouillement* et *bruits amphoriques*, ce qui est assez fréquent chez les enfants.

La toux est rare ou nulle, la respiration facile tant que les enfants restent couchés sur le côté malade, mais des quintes violentes et une dyspnée intense sont provoquées par tout changement de position.

La résorption de l'épanchement est peut-être possible, mais il n'en existe pas d'exemple certain, lorsque la maladie est abandonnée à elle-même. Et dans ce cas, si le pus ne se fraie pas un chemin au dehors, la mort survient lentement dans la cachexie ou par une dégénérescence amyloïde du foie et des reins, ou même plus rarement par la tuberculose.

L'évacuation du pus se fait par les bronches, à travers la paroi thoracique ou du côté de l'abdomen.

L'*évacuation par les bronches* est plus ou moins rapide; elle peut avoir lieu du 15e au 20e jour ou seulement après deux ou trois mois de maladie; c'est la terminaison la plus favorable. Le plus souvent cette évacuation se fait lentement : la toux devient grasse et fréquente; les crachats, surtout ceux du matin, sont nummulaires, purulents, fétides. Les très jeunes enfants, qui ne savent pas cracher, avalent leurs crachats et peuvent être pris de diarrhée.

Si une vomique consécutive ne vient pas faciliter l'issue du pus, ou s'il ne s'établit pas une fistule thoracique, cette évacuation est insuffisante, se prolonge indéfiniment et peut amener la mort dans le marasme. Quelquefois, tantôt pendant le calme, tantôt après des quintes violentes, il se fait une vomique souvent considérable, qui peut être suivie de la guérison et qui dans tous les cas soulage beaucoup le malade. Quelquefois on observe ensuite un *pyo-pneumo-thorax*, qui est une complication grave; souvent l'épanchement se reproduit, la fièvre hectique est violente, et s'accompagne de frissons et de sueurs abondantes, l'haleine devient fétide; l'anorexie, les nausées, les vomissements et la diarrhée affaiblissent l'enfant qui meurt dans le marasme.

L'*évacuation du pus par la paroi thoracique* est assez longue à se faire et s'accompagne d'angoisse et d'agitation; la peau devient luisante en un point avec développement veineux assez marqué; elle devient ensuite rouge et œdématiée, puis est soulevée par une tumeur fluctuante qui fait saillie entre deux côtes. La fluctuation est très apparente, les deux jours qui précèdent l'ouverture spontanée; pour la constater facilement on place un doigt sur l'espace intercostal et on percute dans l'espace voisin. C'est ordinairement vers le voisinage du mamelon, entre le 4e et le 6e espace intercostal que la tumeur vient saillir, quoiqu'elle puisse se rencontrer dans d'autres points du thorax. On a désigné sous le nom d'*empyème pulsatile* les pleurésies gauches dont la tumeur fluctuante était agité de battements isochrones au pouls. Cette ouverture spontanée se

complique toujours d'un décollement assez considérable et souvent de dénudation des côtes, dont la nécrose peut éterniser la suppuration : si le pus fuse sous la peau, on peut observer un vaste phlegmon érysipelateux pouvant causer la mort avant l'ouverture. Lorsque celle-ci existe, la pleurésie se vide mal, l'air pénètre dans la plèvre et si on n'intervient pas les enfants succombent.

L'*évacuation du pus du côté de l'abdomen* est très rare ; il fuse alors le long de la colonne vertébrale, il peut suivre la gaine du psoas et venir faire saillie à la partie supérieure de la cuisse. Dans un cas de ce genre et dans un autre où le pus avait gagné la région lombaire, la mort fut la terminaison (d'Espine et Picot).

Lorsque la *guérison* a lieu, soit après ouverture spontanée, soit après opération, le poumon reprend sa place dans la cage thoracique. Plus l'ouverture aura été précoce et l'écoulement du pus facile, plus cette guérison sera complète. Lorsque l'ouverture est tardive, ou que l'évacuation est ralentie par l'étroitesse de la fistule, le poumon reste en partie refoulé, et la cage thoracique est attirée en dedans pour combler le vide, qui existe entre elle et le poumon ; le *rétrécissement thoracique*, qui en est la conséquence, peut être considérable et s'accompagne d'une double incurvation latérale de la colonne vertébrale. Ces déformations peuvent disparaître chez les jeunes sujets lorsqu'elles sont peu étendues ; dans le cas contraire elles peuvent devenir permanentes. Les fistules thoraciques sont lentes à se fermer, quoiqu'elles persistent moins longtemps que chez les adultes.

Lorsque la maladie est traitée à temps, elle est beaucoup moins grave que chez l'adulte. Nous relevons 25 guérisons sur 31 empyèmes opérés (Guimer). La guérison est exceptionnelle avant trois ans.

A l'hôpital, les résultats sont beaucoup moins favorables qu'en ville : West a perdu 15 enfants sur 34 opérés à l'hôpital, il en a guéri 6 sur 6 en ville.

TRAITEMENT.— *Traitement de la forme commune.* — *Aconit* (TM) est non seulement un médicament de la fièvre du début de la pleurésie, mais il réussit même dans la maladie confirmée, ce qui est tout naturel, puisqu'il produit l'épanchement séreux de la plèvre dans ses lésions.

Bryonia (TM), qui rend de grands services chez l'adulte lorsque la pleurésie débute par un point de côté violent, sera rarement indiqué chez les enfants dont le point de côté est insignifiant.

Le médicament le plus important, lorsque l'épanchement est constitué, est *cantharis* (3e à 6e), que nous administrons même à la teinture mère dans les cas rebelles. C'est un médicament véritablement homœopathique; nous trouvons dans R. Hughes que des applications réitérées de vésicatoires sur la poitrine des chiens ont produit la rougeur et l'inflammation des plèvres; nous avons trouvé une observation d'empoisonnement avec une *meloe*, dans laquelle on trouva du liquide dans les plèvres.

Si la pleurésie à une tendance à passer à l'état chronique, nous trouvons dans *hepar sulfuris* (3e et 2e trit.), *sulfur* (12e) et *senega* (12e ou 6e) des médicaments qui parviendront ordinairement à enrayer les accidents.

Si, malgré tous ces moyens, l'épanchement ne se résout pas, mais surtout si son abondance extrême amène une dyspnée considérable, on aura recours à la *thoracentèse*, en se rappelant qu'elle peut causer la transformation de l'épanchement séreux en épanchement purulent.

L'aspirateur Potain est l'instrument qui nous paraît le plus avantageux pour la thoracentèse, parce qu'on peut graduer l'aspiration; c'est dans le 6e ou le 7e espace intercostal qu'on enfoncera le trocart, après avoir un peu déplacé la peau pour détruire le parallélisme entre la plaie cutanée et la plaie profonde. Il est nécessaire de ne pas vider la plèvre complètement pour éviter les accidents possibles après la thoracentèse. On s'arrêtera dès que le malade paraîtra fatigué, dès qu'il présentera de la toux un peu répétée. Une fois le trocart retiré, on fermera la plaie extérieure par un peu de ouate imbibée de collodion.

Traitement de la pleurésie purulente. — Comme dans la forme précédente, l'*aconit* (TM) est le médicament de début, mais il est indiqué de plus par son action favorable dans la diathèse purulente; on se trouvera bien de le continuer longtemps. S'il ne suffit pas à enrayer les accidents, et surtout si l'état général devient grave et la fièvre intense, on le remplacerait avec avantage par l'*arsenic* (3e trit.), que nous avons déjà trouvé dans la forme précédente.

Après l'opération de l'empyème, on continuera l'emploi des médicaments précédents, si la fièvre persiste; lorsqu'elle sera tombée, on aura recours à

hepar sulfuris (2e trit.) ou à *silicea* (12e ou 30e); ces deux médicaments sont employés dans toutes les suppurations et ont certainement une action pour amener la diminution de la production du pus. L'*hepar sulfuris*, qui a aussi une action favorable contre les épanchements pleurétiques séreux passés à l'état chronique, nous paraît le plus indiqué des deux.

Si les médicaments ne suffisent pas à amener la résorption de l'épanchement, il faudra l'évacuer. Il existe trois méthodes que nous allons passer en revue en donnant leurs indications.

La plus simple est la *thoracentèse* comme pour la pleurésie de forme commune, pratiquée avec l'aspirateur Potain. La guérison peut se voir après une seule ponction (d'Espine et Picot), mais le plus souvent l'épanchement se reproduit et il faudra renouveler les ponctions. Notre ancien maître Bouchut aurait même dû en faire 122 chez le même enfant (de Saint-Germain).

Si l'épanchement se renouvelle après la seconde ponction, ou s'il y a des symptômes généraux graves on aura recours à une des deux autres méthodes.

La *méthode du flacon* tient le milieu entre la thoracentèse et l'empyème. On fait la thoracentèse avec un trocart assez volumineux, suivant la méthode antérieure aux appareils aspirateurs, et on introduit dans la plèvre par la canule un tube de caoutchouc assez long, qui y reste à demeure; ce tube est mis en communication avec un flacon bouché rempli d'un liquide désinfectant; en élevant ce flacon au-dessus du petit malade, le liquide qu'il contient passe dans la cavité thoracique, il en sort après l'avoir lavé

lorsque l'on abaisse le flacon au-dessous du malade; Playfair, à Londres, et Revilliod, à Genève, ont obtenu des résultats très favorables par l'emploi de cette méthode (d'Espine et Picot).

Si l'enfant est atteint d'une fièvre hectique violente, avec diarrhée et affaiblissement, il vaudra mieux recourir d'emblée à l'opération de l'*empyème*. Saint-Germain considère que c'est la seule opération indiquée ; la thoracentèse lui paraît en général inutile, et il ne parle pas de la méthode du flacon. L'empyème se fait ordinairement dans le 5e ou 6e espace intercostal, à égale distance du sternum et de la colonne vertébrale : l'incision de la peau et des muscles doit avoir une étendue de 3 à 5 centimètres, en rasant le bord supérieur de la côte inférieure, pour éviter de blesser l'artère intercostale; les auteurs conseillaient de ponctionner la plèvre avec le bistouri droit et d'agrandir l'incision avec le bistouri boutonné. M. de Saint-Germain aime mieux, une fois l'incision faite, pénétrer plus profondément avec le doigt dont la phalangette peut d'ordinaire s'introduire dans l'espace intercostal ; c'est donc avec le doigt qu'il déchire la plèvre.

On introduit ensuite dans la plaie, côte à côte, deux à trois gros tubes de caoutchouc, qui serviront au lavage de la plèvre. Il faut se servir de l'eau boriquée comme liquide de lavage, car l'eau phéniquée, et les solutions du sublimé ont produit des accidents d'intoxication. Ces lavages auront lieu deux fois par jour ; on pourra même, comme l'a fait avec succès le Dr de Saint-Germain, installer une irrigation continue à l'aide d'un vase situé au-dessus du malade et contenant la solution boriquée, que

l'on fait communiquer avec un des tubes qui pénètre dans la cavité pleurale, tandis que l'autre tube est relié à un récipient, placé sous le lit, qui reçoit le liquide qui a lavé la plèvre.

Au lieu d'eau boriquée, on pourra employer soit l'eau alcoolisée, soit l'eau iodée.

Si les lavages sont bien faits, la fièvre tombe rapidement, la diarrhée diminue, et l'appétit reparaît. La guérison est ordinairement assez rapide, et en un temps qui varie de 3 à 6 semaines la suppuration disparaît et les plaies se ferment.

M. de Saint-Germain, quoiqu'il n'ait pas eu l'occasion de l'employer, signale l'*opération d'Estlander* pour remédier à un écoulement de pus qui ne pourrait se guérir à cause de l'impossibilité où on serait de rapprocher la paroi costale de poumons ; nous croyons que chez l'enfant, qui a une cage thoracique très flexible, on n'aura pas besoin de recourir à cette opération.

La guérison après empyème est toujours suivie d'un rétrécissement thoracique, s'accompagnant de scoliose ; une gymnastique bien entendue, la vie au grand air, les bains de mer sont les moyens à mettre en usage pour y remédier.

Après l'opération de l'empyème, en dehors des médicaments dont nous avons parlé en commençant ce traitement de la pleurésie purulente, les boissons un peu alcooliques, les vins d'Espagne viendront soutenir les forces du malade, l'engraisser et lui permettre ainsi de parvenir à la guérison complète.

PHTHISIE PULMONAIRE

La localisation de la tuberculose sur le poumon s'accompagne souvent chez l'enfant d'affections similaires et surtout d'ulcérations tuberculeuses des intestins.

La phthisie est relativement rare dans l'enfance; la fréquence de cette affection augmente progressivement suivant l'âge des enfants; elle est héréditaire, soit qu'elle existe sous les mêmes formes dans la famille, soit qu'elle alterne avec une autre affection scrofuleuse. Le sevrage prématuré, le travail précoce, l'habitation dans des maisons insalubres et sans soleil, la masturbation sont des causes occasionnelles importantes. Des maladies antérieures (rougeole, coqueluche, broncho-pneumonie, retrécissement congénital de l'artère pulmonaire) ont une action sur son développement.

A ces causes admises par tous les auteurs, nous ajouterons l'alimentation trop fortement animalisée (P. Jousset).

FORMES. — Nous distinguerons deux formes dans la phthisie des enfants : la *forme commune* et la *forme maligne* ou *granuleuse*.

Forme commune. — Elle présente deux variétés suivant le mode de début : la *variété à marche lente* et la *variété pneumonique*.

Forme commune à marche lente.— Elle diffère suivant qu'on l'observe avant ou après 6 ans.

Avant l'âge de six ans, elle est souvent *latente* ;

dans ce cas, elle débute insidieusement, soit à la suite d'une maladie (rougeole, coqueluche), soit au milieu de la santé, par la pâleur du visage, l'amaigrissement, la fatigue et la tristesse.

S'il y a en même temps de la bouffissure du visage et un peu d'œdème des jambes, sans albuminurie, ni diarrhée, la présomption est encore plus grande. L'appétit est encore très grand, quelquefois même vorace. Malgré l'appétit, l'état cachectique augmente, les forces se perdent, et l'on observe du purpura, de la diarrhée et des sueurs. La toux est ordinairement peu marquée ; on n'entend rien d'anormal à l'auscultation ou à la percussion, sauf à une période avancée où l'on perçoit des signes de bronchite. La maigreur devient extrême et l'enfant meurt dans le marasme.

Cette forme peut être longtemps méconnue et prise pour une des autres cachexies de l'enfance, à cause de l'absence de signes stéthoscopiques importants.

Chez *les enfants au-dessus de* 6 *ans*, la marche de la phthisie a de grandes analogies à ce qui se passe chez les adultes. Le début est insidieux, mais une toux sèche et des douleurs du thorax attirent l'attention. Si on ausculte les sommets, on constatera de la submatité, de l'expiration prolongée et du retentissement de la voix. Les hémoptysies sont plus rares que chez les adultes, on les rencontre cependant de temps à autre.

Nous ne donnerons pas de description complète de cette forme qui se présente dans l'enfance avec les mêmes symptômes que chez les adultes ; nous dirons seulement que, lorsqu'il n'existe pas de com-

plication fébrile (broncho-pneumonie, pleurésie, etc.) cette variété peut s'améliorer beaucoup, ou rester stationnaire pendant de longues années. Elle pourrait même guérir.

La mort a lieu, soit dans le marasme par les progrès de la cachexie, soit par une péritonite ou une méningite tuberculeuse, soit par un *pneumothorax;* ce dernier accident s'annonce par une douleur de thorax atroce, survenant d'ordinaire tout d'un coup et s'accompagnant d'une dyspnée intense. La mort dans ce cas est rapide et survient au bout d'un ou deux jours par asphyxie ; cependant le pneumothorax peut guérir.

Variété pneumonique. — Cette variété est plus rapide que la précédente ; elle débute par des symptômes de pneumonie soit au milieu de la santé, soit après la rougeole ou la coqueluche, soit seulement après une période d'amaigrissement et de pâleur.

Pendant les premiers jours on constate les signes d'une pneumonie soit du sommet, soit de la base, mais la fièvre n'a pas la hauteur qu'on observe dans la pneumonie franche et présente des oscillations marquées et irrégulières. Elle s'accompagne d'un amaigrissement rapide ; enfin la défervescence ne se fait pas et la maladie traîne.

La mort peut survenir par asphyxie au bout de six semaines à un mois, mais plus souvent la maladie prend la marche de la variété précédente.

Forme maligne. — C'est plutôt chez l'enfant une diathèse tuberculeuse, qu'une phthisie pulmonaire. Elle peut s'observer dès la première enfance.

Les symptômes de la maladie sont si voisins de

ceux de la fièvre typhoïde que le diagnostic peut être impossible. On observe des symptômes fébriles intenses : chaleur, agitation, langue sèche et fuligineuse, urines rares et foncées ; en même temps, comme pour la fièvre typhoïde, on peut observer une *variété abdominale*, *thoracique* ou *cérébrale*, suivant les symptômes qui dominent : ballonnement du ventre, diarrhée et tuméfaction de la rate ; dyspnée et toux ; délire, convulsions ou coma. A l'auscultation on ne constate rien ou quelques râles ronflants aux bases. Il y a un amaigrissement considérable.

La maladie augmente progressivement et se termine toujours par la mort du 16e au 80e jour (Rilliet et Barthez).

TRAITEMENT. — La *prophylaxie* présente une grande importance, car il vaut mieux prévenir une maladie si peu curable.

D'Espine et Picot considèrent le choix de la nourrice comme très important, et ne permettent pas à la mère de nourrir si les antécédents tuberculeux sont de son coté ; ils pensent que l'allaitement doit être prolongé.

Nous considérons qu'ensuite l'alimentation doit être peu animalisée et composée d'après les préceptes que nous avons donnés plus haut (voir p. 5) ; l'alimentation à la viande crue nous paraît plutôt favoriser le développement de la phthisie (P. Jousset).

L'*exercice* au grand air, la gymnastique et l'équitation, l'*hydrothérapie* sont des moyens qu'il ne faut pas négliger puisqu'ils contribuent à fortifier la santé des enfants et à diminuer les causes de rhumes.

Les *vêtements*, tout en étant chauds, ne doivent pas être exagérés, et un certain endurcissement à l'action du froid extérieur est préférable.

Le *séjour* au bord de la mer ou à de grandes altitudes pendant l'été, dans un climat chaud pendant l'hiver, est favorable.

Enfin, si un de ces enfants prédisposés s'enrhume et que la toux se se termine pas promptement, *sulfur* (30e) sera un médicament important. On donnera le même médicament après la rougeole, même s'il n'y a pas de toux.

Le *traitement* est le même que chez les adultes, nous ne ferons que l'indiquer.

Sulfur (30e) convient à une toux sèche, plus fréquente la nuit, avec sueurs nocturnes, et à la fièvre hectique ; l'amaigrissement considérable, l'enrouement et la présence d'éruptions sont ses indications principales.

Iodium (12e ou 1re trit.) convient dans des cas analogues avec amaigrissement très rapide, conservation de l'appétit et engorgement ganglionnaire. Ces deux médicaments peuvent être alternés.

Arsenic (3e trit.) est indiqué surtout contre la cachexie et la fièvre hectique; il sera avantageux, surtout s'il existe de la dyspnée, de la diarrhée et un certain degré d'anasarque.

Phosphore (12e ou 6e), que nous retrouvons à la variété pneumonique, convient surtout lorsqu'il y a de l'inflammation autour des tubercules.

Iodure d'arsenic (6e) et *calcarea phosphatica* (6e) alternés un jour l'un, un jour l'autre, suivant la méthode du Dr Martiny, de Bruxelles, donnent souvent d'excellents résultats pendant les périodes apyré-

tiques de la phthisie pulmonaire; sous l'influence de ces médicaments, la toux diminue, les forces et l'embonpoint reparaissent; nous les administrons toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication particulière à remplir.

Contre les *hémoptysies*, on administrera l'*ipeca* (1re trit. déc.) et *millefolium* (TM), soit seuls, soit alternés.

Pour la *toux*, nous donnerons *drosera* (6e ou 3e) contre les quintes avec vomissements et excitées par chatouillements laryngés; *drosera* (TM) contre la toux très répétée; *hyosciamus* (6e à 1re) contre la toux nocturne quinteuse excitée par un chatouillement laryngo-trachéal et forçant le malade à s'asseoir; *silicea* (30e) contre la toux répétée, excitée par chatouillement à la fossette du cou, et suivie de crachats nummulaires; *hepar sulfuris* (3e trit.) contre la toux grasse ou sèche, surtout nocturne, excitée par les inspirations profondes, et l'*aconit* (TM) qui réussit quelquefois dans la toux nocturne répétée.

Contre la *fièvre hectique* on emploie *sulfur* et *iodium* dont nous avons déjà parlé plus haut; *silicea* lorsque les caractères de la toux l'indiquent; *lycopodium* (12e) qui est aussi indiqué par les symptômes cachectiques et le *sulfate de quinine* à hautes doses, qui donne souvent peu de résultats.

Dans la *variété pneumonique*, les médicaments de la pneumonie et de la broncho-pneumonie sont indiqués, mais ne réussissent pas comme dans ces maladies.

Dans la *forme maligne*, on insistera surtout sur l'*arsenic*, mais les autres médicaments peuvent trouver leurs indications.

Les *eaux minérales* ont une action incontestable et sont souvent le meilleur traitement. Les *eaux sulfureuses*, Allevard, Eaux-Bonnes, Cauterets, etc., sont favorables dans les formes non fébriles et sont absolument contre-indiquées par la fièvre vive et les hémoptysies; dans ces cas, nous préférons les *eaux arsenicales*, le Mont-Dore, la Bourboule. Allevard et le Mont-Dore sont les eaux que nous conseillons le plus souvent.

Soins hygiéniques. — Le séjour dans les climats, à l'abri des changements de température, nous paraît favorable; les stations de la Méditerranée, Cannes, Nice et Menton ne donnent pas les résultats qu'on en attendait, parce qu'on y éprouve des variations brusques de température; le séjour à Madère, s'il est possible, ou dans certaines parties de l'Algérie ou, dans un autre ordre d'idée, le séjour d'hiver à Davos, à une grande altitude, sont des conditions favorables; cependant, les malades peuvent rester l'hiver dans nos climats, à condition d'éviter toute cause de refroidissement et de ne sortir que rarement, lorsque le temps est absolument tempéré.

Comme alimentation, nous recommandons un régime engraissant : féculents, lait, œufs, poisson et bière ; abstinence complète ou relative de viande et de vin (P. Jousset). Ce régime qui a donné de bons résultats est contre-indiqué par la diarrhée ou un état trop avancé.

ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE

L'*adénopathie* ou *phthisie bronchique* est une affection tuberculeuse des ganglions bronchiques, qui existe très rarement seule et est presque toujours liée à la phthisie pulmonaire; elle se rencontre aussi avec les autres manifestations tuberculeuses.

L'adénopathie bronchique est absolument spéciale à l'enfance; elle a les mêmes causes que la phthisie pulmonaire et elle se développe surtout après la coqueluche et la rougeole.

Les ganglions trachéaux, bronchiques, cardiaques et pulmonaires peuvent être envahis par la dégénérescence.

Les symptômes de cette affection sont le plus souvent confondus avec ceux de la phthisie pulmonaire; cependant il existe des signes qui permettent quelquefois de la diagnostiquer.

La *toux* est caractérisée par des quintes sèches, fréquentes et rauques; elle est *coqueluchoïde* et se distingue de celle de la coqueluche par l'absence de la reprise et des vomissements.

La *dyspnée* se présente en général sous forme d'accès d'oppression très analogues à l'accès d'asthme qui se répètent plusieurs fois dans la journée et sans raison; ils sont caractérisés par la cyanose, une oppression excessive du visage, et des sueurs visqueuses.

La toux et la dyspnée, ainsi qu'une *aphonie intermittente*, qui s'observe assez rarement, sont attribués à la compression des pneumo-gastriques.

Beaucoup plus rarement la compression de la

veine cave supérieure ou simplement la cachexie amène de l'*œdème de la face*, la *dilatation des veines du cou* et quelquefois la *cyanose*.

La percussion ne donne des résultats que lorsque les tumeurs ganglionnaires sont en contact avec les parois thoraciques, et cette matité siège en arrière dans les gouttières costo-vertébrales entre les deux omoplates ; ou en avant à la partie supérieure du sternum.

L'auscultation donne des signes très voisins de ceux de la phthisie pulmonaire, excepté qu'ils présentent une grande irrégularité et qu'ils disparaissent par moment.

L'adénopathie bronchique marche lentement vers la terminaison fatale, à moins que la mort ne soit accélérée par une hémoptysie foudroyante ou une hémorrhagie méningée.

TRAITEMENT. — Si on peut faire le diagnostic, les médicaments qui combattent les engorgements des ganglions sont les premiers à donner et en particulier *iodum* (3e à 1e trit.) et surtout *conium maculatum* (3e à TM).

Les médicaments et le régime de la phthisie pulmonaire peuvent aussi trouver leur indication, en particulier *drosera* (3e à TM) à cause des caractères de la toux.

ASTHME

L'asthme est beaucoup plus rare chez les enfants que chez les adultes et il présente les mêmes symptômes.

Il se développe soit sous forme d'*asthme périodique* soit sous forme d'*asthme habituel* avec emphysème pulmonaire, distension du thorax, sonorité exagérée à la percussion et respiration extra-puérile.

L'asthme chez les enfants a une tendance à la guérison définitive.

TRAITEMENT. — Comme il est le même que celui des adultes, nous ne ferons que l'indiquer.

Pendant l'*accès*, *sambucus* (TM) ou *ipeca* (1e trit. déc.); le premier si les symptômes de dyspnée s'accompagnent de très peu de toux ; le second, si la toux est fréquente. *Moschus* (1e trit.déc.) en olfaction et pris sur la langue, pourra aussi atténuer l'accès; les applications de ventouses sèches sont aussi quelquefois favorables.

Dans l'*asthme habituel*, *ipeca* (6e ou 3e trit.) et *arsenic* (6e ou 3e trit.) alternés une semaine l'un, une semaine l'autre, constitue le traitement le plus habituel. Les médicaments du catarrhe pulmonaire (voir p. 319) peuvent aussi rendre des services lorsqu'ilssont indiqués.

Les eaux minérales, surtout le Mont-Dore, parmi les arsenicales, et Allevard, parmi les sulfureuses, ont une action très marquée.

CHAPITRE IV.

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

VICES DE CONFORMATION DU CŒUR

Vices de conformation du cœur. — Un grand nombre de vices de conformation ont été signalés : l'*acardie*, ou absence de cœur ; la *bicardie* ou cœur double ; l'*ectopie du cœur*, qui peut être dirigé en sens inverse et placé à droite (*transposition du cœur*) ou placé en haut près du cou (*ectopie céphalique*) ou dans l'abdomen (*ectopie abdominale*).

D'autres anomalies existent, mais elles sont surtout intéressantes au point de vue pratique par la *cyanose* qu'elle déterminent et que nous décrivons ci-dessous.

Cyanose. — La cyanose ou *maladie bleue* est toujours la conséquence d'un vice de conformation de l'appareil circulatoire, produisant une communication anormale.

La *persistance du trou de Botal*, l'*ouverture de la cloison interventriculaire* ou la *persistance du canal artériel* sont les lésions nécessaires à la production de la cyanose ; elles sont isolées ou réunies chez le même sujet et elles s'accompagnent presque

toujours d'un *rétrécissement de l'artère pulmonaire*, qui peut aller jusqu'à l'oblitération complète.

La cyanose se rencontre plutôt chez les garçons que chez les filles ; elle se montre le plus souvent dès les premiers jours ou les premiers mois de la vie, mais quelquefois plus tard. Sur 138 cas, elle est apparue 97 fois pendant la première semaine, 23 fois après la première semaine et avant un an, 9 fois de 1 à 5 ans, 7 fois de 5 à 20, 2 fois après 20 ans (Smith) (1).

La cyanose est causée par le mélange du sang rouge et du sang noir, conséquence de la communication anormale et du rétrécissement de l'artère pulmonaire ; lorsque l'orifice de communication est très étroit, elle est intermittente et ne survient qu'à la suite d'une cause accidentelle.

La *coloration bleuâtre* de la peau est le premier symptôme qui frappe l'examinateur ; cette teinte livide, qui passe du bleu au noirâtre, se montre surtout aux narines, à la paupière supérieure, au lobule de l'oreille, aux parties génitales et aux doigts ; les conjonctives, les lèvres et les gencives participent souvent à cette coloration ; les efforts, la toux l'augmentent et elle diminue pendant le repos.

On observe aussi d'ordinaire la tuméfaction du visage, la proéminence des yeux, une conformation particulière des doigts, dont l'extrémité est renflée et arrondie comme une baguette de tambour. Les petits malades se plaignent du froid et la température de leur corps est véritablement atténuée.

La respiration est gênée et accélérée, au point de

(1) Diseases of Infancy and Childhood, 1869.

gêner l'allaitement chez les nouveau-nés, qui doivent s'interrompre pour respirer. Les efforts, les émotions amènent souvent des accès d'oppression assez violents, qui peuvent même aller jusqu'à la syncope. L'enfant est mou et paresseux, son intelligence est peu développée; la dentition est souvent en retard.

L'examen du cœur nous révèle souvent de l'hypertrophie, avec battements du cœur violents et presque toujours un *souffle systolique* prononcé, au niveau du foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire; en même temps, la palpation peut faire sentir du frémissement cataire à ce niveau. Le pouls est petit, faible, intermittent et accéléré.

La cyanose est ordinairement le premier symptôme appréciable, quoique la faiblesse musculaire et la dyspnée puissent la précéder.

La terminaison fatale est la règle; elle est souvent précédée d'hémorrhagies: épistaxis, hémoptysies, hémorraghies buccales; rarement on observe de l'anasarque. La mort survient par asphyxie lente ou par syncope; elle a lieu plus ou moins tôt : sur 186 cas de cette maladie, 67 fois la mort eut lieu la première année, 54 fois entre 1 et 10 ans; 41 fois de 11 à 20; 20 fois de 20 à 40 et 4 fois au-dessus.

TRAITEMENT. — C'est une affection incurable à laquelle la médication fait peu de chose et dans laquelle on doit se borner à agir sur les symptômes.

Les médicaments indiqués aux affections valvulaires du cœur pourront servir dans cette affection.

Il faut éviter aux enfants toute espèce de fatigue, qui pourrait fatiguer son cœur et l'abattre; le calme,

le repos, la tranquillité d'esprit sont absolument nécessaires à ces malades.

ENDOCARDITE ET PÉRICARDITE

Nous réunirons ces deux affections dans notre description, à l'exemple de d'Espine et Picot, parce qu'elles se voient souvent simultanément et qu'elles présentent les mêmes causes.

Quelques autopsies démontrent l'existence de ces affections pendant la vie intra-utérine; mais c'est surtout après 6 ans qu'elles deviennent fréquentes. Elles sont presque toujours secondaires, soit à un vice de conformation du cœur, soit à une maladie antérieure: pleurésie, pneumonie et phthisie (inflammation de voisinage) fièvres éruptives, diphthérie, diathèse purulente, érythème noueux, chorée, mais surtout au rhumatisme. Cette maladie atteint plus souvent les séreuses du cœur chez les enfants qu'à toute autre époque de la vie.

Comme ces affections se développent toujours pendant le cours d'une autre maladie, elles peuvent passer inaperçues si on n'a pas le soin d'ausculter fréquemment le cœur des enfants qui sont atteints d'une des maladies que nous avons vues amener ces complications et surtout chez les petits rhumatisants.

La péricardite et l'endocardite se trouvent souvent réunies chez le même malade; elles amènent, en général, un mouvement fébrile assez violent, qui est indiqué par un redoublement, lorsque la maladie dans laquelle elles se développent est déjà fébrile.

La PÉRICARDITE produit une dyspnée, en général, très variable et une douleur ordinairement légère. Les palpitations qui sont fréquentes chez l'adulte, n'existeraient pas dans l'enfance (Rilliet et Barthez). Lorsqu'on examine le cœur chez un enfant atteint de péricardite, on entend un bruit de frottement, et lorsque l'épanchement est abondant, les bruits du cœur sont lointains, la matité précordiale est accrue et il existe une voussure de la région, bien plus accentuée que chez l'adulte, à cause de la laxité des côtes à cet âge. La péricardite se termine presque toujours complètement lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'endocardite.

L'ENDOCARDITE est annoncée d'ordinaire par une impulsion augmentée des battements du cœur, par des palpitations et de la dyspnée; si on prend le pouls on constate des irrégularités et des intermittences. A l'auscultation, on perçoit un souffle ordinairement doux qui se fait entendre au premier temps, et à la pointe, c'est-à-dire à l'orifice mitral. Quelquefois c'est à la base que le souffle a son maximum, mais c'est beaucoup plus rare, et alors on aurait de la peine à le distinguer d'un souffle anémique si les symptômes fébriles n'existaient pas. Comme la péricardite, l'endocardite ne cause pas la mort; mais elle peut devenir le point de départ d'une lésion organique du cœur, qui pourra amener la mort quelquefois assez rapidement. Souvent tout s'améliore, le souffle disparaît et l'enfant guérit complètement; mais, si plus tard il survient une nouvelle atteinte de rhumatisme, il sera plus sujet qu'un autre à présenter une nouvelle endocardite,

qui pourra, elle aussi, devenir le point de départ de la maladie organique du cœur à laquelle il avait échappé la première fois.

L'endocardite consécutive à la scarlatine serait encore, plus fréquemment que les autres, terminée par la guérison complète sans traces.

TRAITEMENT. — Le traitement est le même que chez les adultes ; nous le ferons assez rapidement.

Traitement de l'endocardite. — L'*aconit* (3e à TM) est le médicament du début ; il est indiqué par le mouvement fébrile avec pouls dur et fréquent ; par l'anxiété précordiale ; les intermittences du pouls ne sont pas une contre-indication.

Le médicament qui convient ordinairement ensuite est *colchicum* (1re à TM) qui correspond à peu près aux mêmes symptômes que le précédent et en outre à une douleur précordiale violente et aux battements du cœur irréguliers.

La *spigélie* (3e à TM) est donnée à une période plus avancée de la maladie lorsqu'il n'y a plus de mouvement fébrile ; elle est indiquée par une douleur angoissante, avec accès de suffocation, sensation de compression sternale, augmentation de la douleur par le mouvement.

Ce sont les trois médicaments les plus importants. On pourra remplacer l'aconit par le *cactus* (3e à TM) s'il n'y a pas de fièvre ou si elle est peu intense ; ce médicament est indiqué en outre par une douleur précordiale très vive empêchant la respiration.

L'*arsenic* (3e trit.) et le *lachesis* (3e trit.) qui correspondent aux états graves et qui sont indiqués chez les adultes par l'endocardite ulcéreuse ne trouve-

ront pas leur emploi chez les enfants où cette forme n'existe pas.

Traitement de la péricardite. — L'*aconit* (3e à TM) est aussi le médicament du début. Il correspond aux mêmes symptômes et en outre aux palpitations. Comme il produit des épanchements de la plèvre et du péritoine dans ses empoisonnements, on comprend par analogie son action dans les épanchements intra-péricardiques. Pour R. Hughes c'est le meilleur médicament à employer contre cette affection.

La *cantharide* (3e à TM) convient ensuite lorsque la fièvre est tombée et qu'il ne reste plus que l'épanchement ; c'est le principal médicament de la pleurésie ; on trouve en outre dans sa pathogénésie des symptômes qui l'indiquent : douleur précordiale, palpitations avec anxiété, pouls faible, intermittent et irrégulier ; tendance aux syncopes.

L'*apium virus* (2e trit) ou l'*apis* (1re à TM) convient dans des cas analogues lorsque les symptômes lipothymiques sont prépondérants.

En outre, nous indiquerons *colchicum* et *spigelia* que nous avons déjà vus au traitement de l'endocardite et qui sont très employés par les médecins anglais et américains ; *bryonia* (3e à TM) recommandé par R. Hughes et Hale, indiquée surtout par la violence de la douleur sternale et qui a produit l'inflammation du péricarde ; et *cannabis* (2e à 1ro) recommandé par Hartmann après l'aconit lorsque la fièvre a diminué ; sa pathogénésie contient la dyspnée, la douleur sous-sternale, les palpitations et le pouls très faible et très lent.

Lorsque l'abondance de l'épanchement péricar-

dique paraît menacer la vie, on est autorisé à pratiquer la *paracentèse* du péricarde, quoique cette pratique ait souvent donné peu de résultat chez les enfants (d'Espine et Picot).

AFFECTIONS VALVULAIRES DU CŒUR

L'endocardite aiguë est presque toujours la cause des affections valvulaires du cœur chez les enfants; l'orifice aortique qui est malade surtout consécutivement à l'athérome artériel est donc beaucoup moins souvent atteint que la valvule mitrale.

Le retrécissement du thorax consécutif au rachitisme peut être une cause occasionnelle. Les garçons sont plus souvent atteints que les filles, parce qu'ils sont plus sujets au rhumatisme qui est la cause la plus fréquente d'endocardite.

Les affections valvulaires du cœur peuvent être longtemps latentes chez les enfants, grâce à une compensation parfaite, amenée par l'hypertrophie et l'accroissement physiologique du cœur. La dyspnée et les palpitations sont les premiers signes fonctionnels qui apparaissent, ils se montrent après une fatigue, une émotion vive.

Les signes physiques sont les mêmes que chez les adultes, mais grâce aux rapports plus intimes du cœur avec la paroi de la poitrine, ils sont plus facilement perçus. Les lésions siègent dans le plus grand nombre des cas à l'orifice mitral, où on constate le souffle systolique de l'insuffisance et quelquefois les signes du retrécissement; à la base du cœur le souffle est ordinairement aussi systolique et symp-

tomatique d'un retrécissement aortique; l'insuffisance aortique avec un souffle au 2e temps est absolument exceptionnelle.

Les lésions du cœur droit s'observent encore plus rarement, en dehors des lésions congénitales dont nous avons parlé à propos de la cyanose.

Secondairement aux symptômes des lésions d'orifices, on peut observer l'hypertrophie du foie et très tardivement les symptômes de l'asystolie : œdèmes, congestions viscérales et cachexie.

Les affections du cœur se terminent quelquefois pendant l'enfance par la mort dans l'asystolie ; la mort subite est exceptionnelle ; le plus souvent les lésions valvulaires étant bien compensées ne produisent d'accidents graves qu'après l'enfance, dans le courant de la vie.

La guérison est possible encore à cet âge, mais elle s'observe rarement.

Nous avons décrit rapidement les symptômes des lésions valvulaires en insistant surtout sur les caractères qui les différencient des symptômes des adultes.

TRAITEMENT. — Le traitement est absolument le même que chez l'adulte; nous ne ferons que l'indiquer.

Cactus (3e à TM) et *spigelia* (3e à TM) conviennent principalement contre les palpitations et la dyspnée, surtout s'il y a en même temps un peu de cardialgie.

L'*iodure de potassium* (1re trit. et 1e trit. déc.) administré pendant longtemps aurait une action évidente pendant que la lésion est compensée et aurait même amené des guérisons.

R. Hughes recommande dans le même but *spongia tosta* (3e à 2e trit.) qui aurait une action analogue et aurait aussi produit des guérisons.

Lorsque l'asystolie existe, la *digitale* (1re ou 1re trit. déc.) est certainement le meilleur médicament; mais on devrait l'employer à dose assez faible chez l'enfant qui la supporte moins bien que l'adulte (G. Sée) (1). En cas d'insuccès, on aura recours à un de ses succédanés : *adonidine* (1re trit.), *convallaria maialis* (1re trit. déc.), *glonoïn* (1re), *mercurius corrosivus* (1re) ou *strophantus* (TM).

La diète lactée, exclusive autant que possible, aura une action aussi très favorable sur la diurèse.

Les purgatifs drastiques peuvent être une ressource extrême en cas d'œdème considérable, qui ne cède pas aux médicaments habituels.

Il est bien évident qu'il faudra veiller à éviter aux enfants, atteints d'une affection valvulaire, toute émotion et toute fatigue physique, qui pourrait avoir sur son cœur une action néfaste.

(1) Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, Paris 1879.

CHAPITRE V

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

VICES DE CONFORMATION

IMPERFORATION DU PRÉPUCE ET DU GLAND. — Le *prépuce* est rarement imperforé ; dans ce cas, l'urine ne s'écoule pas, s'accumule entre le prépuce et le gland et forme une tumeur transparente, qu'il suffit d'inciser pour tout remettre en ordre.

L'*imperforation du gland* est moins rare. L'enfant ne se mouille pas, il crie et s'agite ou si l'imperforation est incomplète, il ne s'écoule qu'un tout petit filet d'urine ; pour remédier à ce vice de conformation, il suffit d'agrandir l'ouverture lorsqu'elle est trop étroite, ou d'en établir une à l'aide du bistouri ; le plus souvent l'ouverture, quoique imperforée, est indiquée, et il suffit de décoller les deux lèvres adhérentes. On la maintiendra béante par une mèche ou un fragment de bougie.

HYPOSPADIAS. — Ce vice de conformation est caractérisé par l'ouverture de l'urèthre au-dessous de la verge, soit au niveau du frein, soit à la naissance du scrotum ; dans ce dernier cas, on peut observer aussi une division antéro-postérieure du scrotum

et s'il existe en même temps une ectopie testiculaire on peut être en présence d'une variété d'hermaphrodisme faux. Nous ne faisons que signaler l'*hypospadias* parce que les opérations tentées pour le guérir rentrent dans le domaine de la chirurgie pure.

Epispadias.— Nous ferons la même remarque pour ce vice de conformation qui consiste dans l'ouverture du canal de l'urèthre sur le dos de la verge.

Phimosis congénital. — Ce vice de conformation est caractérisé par un développement exagéré du prépuce qui a une ouverture trop étroite pour pouvoir découvrir le gland. Si l'ouverture du prépuce est extrêmement étroite l'urine ne sort que goutte à goutte et à chaque miction se forme la tumeur transparente dont nous avons parlé à propos de l'imperforation du prépuce; il y a lieu d'intervenir de suite.

Lorsque l'ouverture est plus grande, l'urine sort assez facilement, mais les soins de propreté sont impossibles, il se fait une inflammation du gland et du prépuce (*balano-posthite*), des ulcérations du gland, des adhérences entre le gland et le prépuce; on a même décrit des concrétions calculeuses.

C'est vers l'âge de quatre ans qu'il faudra intervenir (de Saint-Germain); il y a deux moyens à employer : la *dilatation* ou la *circoncision*; la dilatation est d'usage relativement récent. Le Dr de Saint-Germain conseille de se servir du dilatateur à deux branches, qui sert pour la trachéotomie; on introduit les deux mors le plus profondément possible, puis on les écarte brusquement; on ramène le pré-

puce en arrière du gland, on le couvre de vaseline et on le laisse revenir en place; on a soin, pendant les jours suivants, de faire trois ou quatre fois la même manœuvre.

La circoncision se fera soit par une incision dorsale, en arrondissant un peu avec des ciseaux courbes les deux lambeaux latéraux; soit, ce qui donne un meilleur résultat, en saisissant avec deux pinces à verrous la portion du prépuce à enlever, en l'incisant d'un coup de ciseau et en faisant ensuite une section dorsale à la muqueuse qu'on réséque un peu des deux côtés. Saint-Germain conseille de remplacer les serres-fines par un pansement qui consiste en un morceau de gaze, percé d'un orifice, à travers lequel le gland passe à pression; cette gaze est rabattue en arrière et maintenue par une petite bande.

Migration imparfaite du testicule. — Par suite d'une descente incomplète, le testicule, au lieu de venir se placer dans les bourses, peut rester dans le canal inguinal ou à son orifice. Le testicule, ainsi arrêté dans sa migration, peut s'atrophier et rendre la reproduction impossible, ou ne subit pas de modification; pour s'assurer de son état, il n'y a qu'à le saisir entre les doigts et à le comprimer; s'il est en bon état, cette pression produira une douleur caractéristique.

Il peut, sous l'influence de traumatisme, ou même sans cela, s'enflammer et produire des symptômes analogues à ceux de l'étranglement interne.

M. de Saint-Germain conseille l'expectation, à moins d'inflammation du testicule; si le testicule descend

dans les bourses en entraînant une anse intestinale, on appliquera un bandage, en ayant bien soin de ne pas comprimer le testicule lui-même.

PÉRINÉPHRITE

Le *phlegmon périnéphrétique* est assez rare pendant l'enfance et se rencontre ordinairement après dix ans; on l'a observé cependant avant cet âge, à la suite de traumatisme, de calculs.

Nous ne donnerons qu'un résumé des symptômes qui sont les mêmes que ceux qu'on observe chez les adultes. Le début est marqué par une douleur lombaire violente, des vomissements bilieux et un mouvement fébrile violent, avec frissons marqués et même véritables accès intermittents. La tuméfaction de la région survient plus ou moins vite; lorsqu'elle existe, elle a une marche envahissante et est quelquefois fluctuante lorsque le pus est formé; la suppuration s'accompagne d'un mouvement fébrile intermittent, avec frissons et sueurs profuses.

Le phlegmon périnéphrétique peut se terminer par *résolution* 2 fois sur 9 cas (Gibney)(1), ou par ouverture à la région lombaire, 7 sur 9 cas; il y a alors de l'œdème et de la rougeur de la peau.

La périnéphrite paraît relativement bénigne chez les enfants; les 9 observations de Gibney se terminent par la guérison.

TRAITEMENT. — Au début, *aconit* (TM), si le mouvement fébrile est régulier, *sulfate de quinine*,

(1) *Journ. of Obstetrics*, 9 avril 1876.

s'il est intermittent. Ensuite, *bryonia* (3e à TM) et *corrosivus* (2e) alternés pour tâcher d'amener la résolution. Lorsque la suppuration est établie, *hepar sulf.* (2e trit.) ou *silicea* (30e).

On doit ouvrir l'abcès assez rapidement pour éviter que le pus ne fuse et n'envahisse d'autres régions.

TUMEURS DU REIN

Les tumeurs du rein que nous allons successivement passer en revue sont le *cancer du rein*, la *dégénérescence kystique* et l'*hydronéphrose*.

Cancer du rein. — Le cancer du rein est la tumeur maligne observée le plus souvent chez l'enfant après le cancer de l'œil. Sur 184 observations de cancer chez les enfants de 17 ans et au-dessous, on trouve 70 cancers de l'œil, 45 du rein, 11 du testicule et 8 de la prostate (Duzan) (1); sur ces 45 cancers du rein, 44 existaient chez des enfants de moins de 10 ans, et c'est surtout avant 4 ans qu'on l'observe.

Quelquefois le seul symptôme appréciable est l'amaigrissement, accompagné, dans certains cas, d'œdème, d'intumescence du ventre et d'un peu de douleur lombaire. Lorsque le rein est volumineux, on peut trouver profondément, dans le flanc, une tumeur, donnant à la percussion une matité limitée en dedans par le côlon. Le siège de la matité permettra de ne pas confondre le cancer du rein avec le *carreau*. En outre, on observera des troubles urinaires

(1) Du cancer chez les enfants, *thèse de Paris*, 1876.

et de l'*hématurie*. Or, l'hématurie est toujours un signe certain du cancer du rein, si elle ne se développe pas dans le cours d'une fièvre éruptive à forme hémorrhagique, d'un purpura ou d'une affection calculeuse ; on a aussi décrit des hématuries dans le cours d'affections chroniques de la peau, chez des enfants qui prenaient des bains sulfureux prolongés ; hématuries qui cessaient avec les bains (d'Espine et Picot).

La tumeur continue à se développer assez rapidement; elle est ordinairement bosselée. Elle se complique souvent de cancers secondaires dans le foie et les poumons. La mort en est la conséquence fatale.

TRAITEMENT. — Il n'y en a pas. Nous donnerons *conium maculatum* (3e à TM) pour essayer d'enrayer la marche de la maladie et contre les hématuries, *ipéca* (1re trit. déc.), *hamamelis* (TM) ou *terebinthina* (1re déc.).

L'extirpation du rein nous paraît une opération dangereuse et sans résultat pratique.

Dégénérescence kystique du rein. — C'est une affection congénitale, ordinairement incompatible avec la vie. Elle amène souvent une distension énorme du ventre du fœtus et est ainsi un obstacle à l'accouchement (d'Espine et Picot).

Hydronéphrose. — L'hydronéphrose est une affection congénitale causée par un arrêt de l'écoulement urinaire, amenant une distension considérable des calices et du bassinet, qui forment une tumeur à la partie supérieure de laquelle se trouve le

rein aplati. La vie est possible, si elle ne siège que d'un côté,et l'autre rein présente une hypertrophie compensatrice.

Cette affection peut rester pendant plusieurs années inaperçue, elle est constituée par une tumeur volumineuse, quelquefois fluctuante. On a souvent confondu l'hydronéphrose avec un kyste hydatique du foie ou avec une autre tumeur liquide.

TRAITEMENT. — Les ponctions avec aspiration constituent le seul traitement, et elles peuvent être suivies de guérison (d'Espine et Picot).

LITHIASE URINAIRE

La lithiase urinaire est relativement assez fréquente chez les enfants et on a rencontré des calculs même chez les fœtus.

C'est à toutes les périodes de l'enfance qu'on les observe et surtout chez les enfants de goutteux.

Ce sont presque toujours des calculs d'acide urique.

La maladie peut rester latente ou se révèle par le syndrome *colique néphrétique*. L'*hématurie* qui survient chez l'enfant est un signe plus important des calculs que chez les adultes. Lorsque le calcul est dans la vessie et s'y développe, on peut observer en outre des symptômes de *cystite*.

Les autres symptômes des calculs vésicaux chez l'homme, douleur à l'extrémité du gland, arrêt du jet d'urine sont assez inconstants pendant l'enfance (de Saint-Germain).

Lorsqu'on soupçonne un calcul dans la vessie chez l'enfant il faudra pratiquer le cathetérisme, qui confirmera ou infirmera le diagnostic.

TRAITEMENT. — Le traitement est le même que chez l'adulte au point de vue médicamenteux.

Pendant la *colique néphrétique*, *pareira brava* (TM), qui est un médicament empirique, est celui qui donne les meilleurs résultats. On a conseillé aussi l'alternance de *chamomille* (6e ou 3e) et de *belladona* (6e ou 3e); ces deux médicaments conviennent bien aux caractères des douleurs; enfin *berberis* (TM) est recommandé par R. Hughes et paraît bien indiqué d'après les symptômes fournis par sa pathogénèsie.

Entre les coliques, contre la *gravelle*, *pareira* (12e ou 6e) et *lycopodium* (12e) soit seuls, soit alternés une semaine l'un, une semaine l'autre, soit un jour l'un, un jour l'autre, constituent un traitement préventif souvent efficace. On a conseillé, en outre *kali carbonicum* (3e trit.), *salseparilla* (6e et 3e) et *eupatorium purpureum* (6e à 1e) médicament américain.

Contre l'*hématurie*, si elle est abondante, on aura recours aux médicaments indiqués au traitement du cancer (voir p. 366).

Lorsque le calcul est dans la vessie, il y a lieu de l'enlever par une opération chirurgicale. La *lithotritie* est en général contre-indiquée chez les petits garçons et le calcul est enlevé par la *taille*; chez les petites filles, l'urèthre est assez dilatable pour permettre quelquefois l'extraction du calcul.

INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

L'incontinence nocturne d'urine s'observe surtout chez les garçons depuis la première enfance jusqu'à la puberté; elle se rencontre chez les enfants vigoureux comme chez ceux qui sont d'une constitution débile.

Cette affection est souvent héréditaire. Trousseau a remarqué qu'elle était plus fréquente chez les enfants d'épileptiques.

C'est une affection complètement involontaire et nous ne croyons pas que la paresse puisse l'amener (d'Espine et Picot). On a signalé comme cause occasionnelle le *phimosis* et les *oxyures*. J'ai vu cette année une petite fille de 4 ans qui a été prise d'incontinence nocturne dans la convalescence de la *rougeole*.

L'émission involontaire des urines qui est le symptôme caractéristique de cette affection se fait soit vers les premières heures de la nuit soit vers le matin. L'enfant ne s'en aperçoit généralement pas; quelquefois il rêve qu'il urine, mais cela nous paraît plutôt lié à l'incontinence accidentelle.

L'incontinence survient souvent pendant plusieurs nuits consécutives, puis se suspend, pour reparaître au bout de quelques nuits ; elle survient quelquefois seulement à des périodes éloignées; enfin d'autrefois elle existe toutes les nuits.

Quelques enfants, atteints de cette affection, ont quelquefois aussi un peu d'incontinence diurne.

La puberté fait ordinairement disparaître l'incon-

tinence nocturne, quoique parfois on la voie persister pendant l'âge adulte. La fièvre typhoïde et les fièvres éruptives ont souvent une action analogue (d'Espine et Picot).

TRAITEMENT. — Un grand nombre de médicaments ont été administrés dans l'incontinence nocturne d'urine ; les trois principaux sont la belladone, la pulsatille et le cina.

Belladona (3e à TM) produit l'incontinence d'urine diurne et nocturne ; les urines sont ordinairement claires et très abondantes ; elle est indiquée surtout quand il y a pendant le jour des émissions fréquentes et abondantes. La belladone à hautes doses était préconisée par Trousseau.

Pulsatilla (6e à 3e trit.) produit quelquefois l'incontinence nocturne ; ce médicament convient surtout lorsqu'il y a pendant le jour des envies subites et irrésistibles.

Cina (6e à 3e trit.) est indiqué surtout s'il y a des symptômes vermineux et même sans cela par des urines se troublant rapidement ; la coïncidence d'incontinence d'urine diurne spécialise aussi son indication. Nous avons réussi chez un grand garçon de 17 ans en administrant *cina* une semaine, *pulsatilla* la semaine suivante et ainsi de suite.

R. Hughes recommande de commencer toujours par administrer *sulfur* (30e) pendant quelques jours avant d'employer les autres médicaments.

En dehors des médicaments précédents, on a recommandé *ignatia* (12e ou 6e) chez les jeunes filles déjà réglées, si les règles sont fortes et en avance ; *causticum* (12e), s'il y a incontinence diurne et noc-

turne ; *arsenic* (3e trit.) dans le même cas ; *sepia* (3e à 4e trit.), s'il y a une leucorrhée concomitante ; *calcarea carbonica* (12e), chez les enfants très gros (?) ; *verbascum* (TM) et *equisetum hyemale* (3e à TM) ; ces deux derniers médicaments sont surtout indiqués par les médecins américains.

D'Espine et Picot recommandent d'empêcher les enfants de boire le soir et de les réveiller toutes les nuits pour les faire uriner, en retardant chaque fois l'heure du réveil, pour les habituer ainsi à passer la nuit sans accident. Nous connaissons plusieurs enfants qui ont continué à uriner au lit bien qu'on les réveillât chaque nuit et qui n'ont guéri ensuite que sous l'influence de nos médicaments.

On a conseillé, comme moyens adjuvants, les bains de siège froids et l'*hydrothérapie* et l'*électricité*. La circoncision ou l'expulsion des vers, lorsque l'incontinence est liée à ces parasites ou au phimosis, ont pu rendre des services.

SPASME DE LA VESSIE

Le spasme de la vessie est une affection caractérisée par le besoin fréquent d'uriner avec douleur pendant l'émission des urines.

Le spasme *essentiel* est rare et ordinairement causé par un refroidissement.

Le spasme *symptomatique* est plus fréquent ; chez le nouveau-né, il est consécutif aux *infarctus uriques*, c'est-à-dire à des dépôts d'urate d'ammoniaque et d'acide urique qui se forment dans les canalicules droits du rein, qui s'éliminent sous

forme de sables et qui, lorsqu'ils sont abondants peuvent s'accumuler dans la vessie et produire du spasme et de la dysurie. Les *calculs*, la *gravelle*, l'*ictère*, le *mal de Pott*, le *psoitis*, la *périty phlite* peuvent aussi être cause de spasme vésical. On a vu ce symptôme accompagner le début du *rachitisme*.

Il s'observe aussi après l'opération du phimosis.

Chez le nouveau-né, le spasme vésical est très difficile à reconnaître ; le symptôme le plus apparent est une suspension de la miction avec malaises et agitation ; malaises qui augmentent lorsque l'enfant rend quelques gouttes d'urine ; l'urine contient ordinairement un sable rouge orangé (d'Espine et Picot).

Les enfants plus âgés sont pris d'un besoin impérieux, ils s'agitent, demandent le vase, puis n'urinent pas à cause des douleurs qu'ils éprouvent ; ils urinent avec difficulté, tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle miction ; le sommeil est souvent interrompu. Lorsque le spasme de la vessie est essentiel, il ne dure que deux ou trois jours et la guérison arrive (d'Espine et Picot).

TRAITEMENT. — Chez le nouveau-né, les liquides absorbés font disparaître rapidement le spasme en éliminant les infarctus.

Chez les enfants plus âgés, on procure du soulagement par des bains tièdes, des cataplasmes recouverts de poudre de camphre ; on est quelquefois obligé de pratiquer le cathétérisme avec une sonde en gomme.

Quelques médicaments répondent à ce symptôme : *camphora* en solution saturée une à deux

gouttes sur du sucre toutes les trois heures ; *pulsatilla* (3e) ; *secale cornutum* (1re trit. déc.) ; *capsicum annuum* (3e à 1e trit) ; *cantharis* (3e). *Camphora* nous paraît devoir réussir dans le plus grand nombre de cas.

HYDROCÈLE

On en observe deux variétés : l'*hydrocèle enkystée du cordon et l'hydrocèle vaginale* :

L'*hydrocèle enkystée du cordon* se présente sous forme d'une petite tumeur arrondie, glissant sous le doigt, et adhérente au cordon dont elle suit tous les mouvements. Cette tumeur est translucide et placée au-dessus du testicule, que l'on sent parfaitement au-dessous.

L'*hydrocèle vaginale* est une tumeur plus considérable, piriforme, transparente, fluctuante qui est réductible ou irréductible ; d'où deux sous-variétés l'*hydrocèle congénitale*, lorsque la cavité de la vaginale communique avec le péritoine, et l'*hydrocèle acquise* lorsque le liquide ne reflue pas dans la cavité péritonéale.

Dans quelques cas, surtout dans l'hydrocèle congénitale, on peut observer en même temps une hernie inguinale, ce qui rend quelquefois le diagnostic assez difficile.

TRAITEMENT.—M. le Dr de Saint-Germain conseille d'essayer tout d'abord les applications continues d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque ; au bout de 8 à 15 jours, la guérison arrive

souvent par résorption ; s'il y avait de la rougeur des bourses, on interromprait quelques jours.

Lorsque l'hydrocèle résiste et s'il ne communique pas avec la cavité péritonéale, on aura recours à la ponction pour évacuer le liquide et à l'injection irritante pour empêcher son retour. Nous injectons ordinairement l'eau saturée d'iode, qui suffit souvent à amener la guérison ; s'il y a récidive, on se servira d'une solution iodée iodurée forte ; quelquefois on est obligé d'introduire par la canule du trocart, un stylet cannelé chargé de nitrate d'argent pour faire une cautérisation de la vaginale.

CANCER DU TESTICULE

Il est assez rare chez les enfants et se manifeste surtout pendant la première enfance. On le distinguera de l'hydrocèle parce que la tumeur présente quelques bosselures ; plus tard, les téguments sont tendus, rougeâtres ; les veines sous-cutanées très développées ; la tumeur est indolente, contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte (Dr de Saint-Germain).

Le traitement consiste dans la castration ; mais les récidives sont à craindre.

VULVO-VAGINITE

Cette inflammation s'observe quelquefois pendant la première enfance, mais surtout après 5 ans. La seconde dentition peut jouer un rôle dans sa pro-

duction (Rayer) (1). Les petites filles de constitution scrofuleuse y sont particulièrement prédisposées.

On reconnait comme cause déterminante, le défaut de propreté, la masturbation, les oxyures, les attentats à la pudeur sur les enfants; la vulvo-vaginite peut se développer consécutivement à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives et à la diphthérie, ou simplement à l'herpès et l'impetigo de la vulve.

Le début est souvent inaperçu, et l'affection n'est caractérisée que par l'écoulement qui tache les linges; cependant on peut observer du prurit et de la cuisson, surtout pendant la marche et la miction. Les parties génitales sont alors tuméfiées, la muqueuse est rouge vif, quelquefois exulcérée et sècrète un écoulement abondant de matières jaunes ou verdâtres, tachant le linge et se séchant sur les lèvres en croûtes plus ou moins épaisses.

Au début, on peut reconnaître aussi dans quelques cas une éruption d'herpès ou d'impetigo.

Les symptômes restent habituellement localisés aux parties génitales; cependant il peut y avoir un peu d'adénite inguinale et même quelquefois de la fièvre et de l'anorexie.

Cette affection a une durée de une à trois semaines, mais elle peut devenir chronique, et n'être plus caractérisée que par la leucorrhée, qui persiste pendant longtemps.

TRAITEMENT. — Pendant la période aiguë, si l'écoulement est abondant, la douleur en urinant

(1) Sur les inflammations non virulentes de la muqueuse des organes de la génération chez les enfants, 1821.

vive et s'il existe une sensation de brûlure locale, *mercurius corrosivus* (2e et 1re) et *cantharis* (3e à 1re) sont les deux principaux médicaments.

S'il y a un prurit vulvaire intense, on pourra donner *conium* (3e à TM), qui conviendra du reste aussi chez les petites filles scrofuleuses; *graphites* (6e ou 1re trit.) s'il y a en même temps des vésicules d'herpès et de l'impetigo.

Dans ce dernier cas, même sans prurit, et plus tard, contre la leucorrhée, nous donnerons *dulcamara* (3e trit.); les autres médicaments de la leucorrhée et surtout *sepia* (1re et 1re trit. déc.), *calcarea carbonica* (12e), *pulsatilla* (6e ou 3e trit.) pourront être employés si *dulcamara* ne suffit pas.

Les bains de mer et les bains d'eaux mères (Le Croisic, Salies) modifieront favorablement la leucorrhée.

Une solution de sublimé (1 p. 500) sera très favorable comme lavages et contre l'infiammation du début et contre le prurit. Contre le prurit nous pourrions aussi prescrire une solution de chloras (1 p. 100) et des lavages avec de l'eau extrêmementl chaude.

Les soins de propreté, les lavages fréquents doivent être faits chez les petites filles sujettes à la vulvo-vaginite.

GANGRÈNE DE LA VULVE

La gangrène de la vulve accompagne souvent la gangrène de la bouche et se développe à peu près par les mêmes causes.

Elle se rencontre soit à la période cachectique des maladies chroniques, soit à la suite de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives et principalement de la rougeole. Cette affection ne s'observerait qu'après 11 ans.

Elle peut passer inaperçue au début, parce qu'elle est masquée par les symptômes de la maladie qui la cause. Cependant elle a quelquefois un début marqué par un peu de fièvre et de l'abattement; la miction est un peu douloureuse et on observe du prurit vulvaire. Si on examine l'enfant, on verra à ce moment sur les petites lèvres et à la face interne des grandes lèvres une petite tache rosée, entourée d'un engorgement très dur de la muqueuse voisine. Dès le 2e et le 3e jour, la tache devient grisâtre, puis noirâtre, elle se transforme en eschare, entourée d'une zone rougeâtre. La gangrène peut s'étendre au mont de Vénus, au périnée et au pourtour de l'anus, et même à la partie supérieure des cuisses. Le plus souvent l'eschare est entourée de tissus enflammés, donnant une suppuration fétide. Si la gangrène est sèche, ce qui s'observe quelquefois, cette suppuration n'existe pas, l'eschare se dessèche et s'enlève par lambeaux.

On observe souvent du spasme de la vessie, et même de la rétention d'urine; la cachexie se prononce : pouls petit et misérable, diarrhée colliquative, épuisement et mort.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, ce qui arrive dans la majorité des cas, la gangrène est limitée, l'eschare se détache par un travail d'élimination de bonne nature ; il persiste une perte de substance assez considérable, qui se répare ordinairement

assez vite; on observe à la suite de la gangrène des cicatrices difformes et rarement un rétrécissement du vagin.

TRAITEMENT. — Le médicament le plus important et celui qui réussit le plus souvent est l'*arsenic* (3e trit.) que l'on administre seul ou alterné avec *solubilis* (3e trit.). Les deux médicaments répondent à la gangrène, à la chute des forces et nous croyons qu'ils pourront modifier favorablement la gangrène de la vulve dans la majorité des cas.

S'il y avait insuccès, nous donnerions le *lachesis* (3e trit) qui correspond aussi à la gangrène, mais plutôt à la gangrène de la bouche.

Enfin *carbo vegetabilis* (12e) est le médicament à donner lorsque la cachexie est considérable et l'état désespéré.

Les applications locales de l'*arsenic* à la 2e trit. et même à la 1re trit. pourront agir favorablement sur la gangrène. On a conseillé de faire autour de l'eschare une cautérisation profonde au thermocautère, de façon à limiter la gangrène et à la transformer en une brûlure simple.

Lorsque l'eschare est tombée, le pansement avec la poudre d'iodoforme amènera une cicatrisation plus rapide.

CHAPITRE VI

MALADIES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

a). — Maladies et affections des os.

OSTÉITE

Nous ne nous occuperons ici que de l'ostéite scrofuleuse; la maladie désignée sous le nom d'*ostéite phlegmoneuse*, qui nous paraît être souvent une manifestation de la diathèse purulente spontanée et qui a une marche absolument spéciale, sera décrite à part.

C'est pendant la seconde enfance, de 8 à 14 ans, qu'est le maximum de fréquence.

L'ostéite s'annonce par une douleur sourde et continue au niveau des os ; c'est le seul symptôme de début.

Si l'affection est limitée ou si elle atteint un petit os, une tuméfaction aplatie apparaît sur l'os et devient lentement fluctuante. Mais si l'ostéite atteint un os volumineux dans une grande étendue, le fémur ou le tibia par exemple, il n'en est plus ainsi et on observe une augmentation de volume du membre entier qui présente une tuméfaction dure. Au bout de quelque temps, certains points rougissent, s'élèvent en pointe, s'ouvrent et laissent écou-

ler une quantité de pus considérable, hors de proportion avec l'apparence du foyer sous-cutané; plusieurs fistules s'établissent successivement, et la maladie peut persister ainsi plusieurs années avec un membre tuméfié et empaté, laissant couler par les fistules un pus séreux et sanguinolent, mélangé de débris osseux.

L'inflammation osseuse détruit les vaisseaux de l'os et celui-ci est frappé de nécrose en tout ou partie; il se fait alors autour du séquestre ainsi constitué un travail de réparation et d'élimination, par lequel un os nouveau se constitue autour du séquestre, qui s'isole, devient libre dans la cavité de l'os de nouvelle formation, s'amincit et finit par s'échapper au dehors par des orifices que la suppuration à maintenus béants dans l'os nouveau.

Lorsqu'on introduit un stylet dans une des fistules il pénètre jusqu'au séquestre, qui rend un son sec lorsqu'on le frappe. Si le séquestre est mobile on peut s'en assurer en introduisant un stylet dans deux fistules éloignées et en lui communiquant des mouvements; c'est aussi un moyen de se rendre compte de la longueur du séquestre.

L'amaigrissement et l'affaiblissement du malade peut être considérable; la fièvre hectique, la diarrhée et le marasme peuvent amener la mort.

Si le séquestre s'élimine de lui-même ou si on l'extrait par une opération, la suppuration diminue et tarit, les fistules se cicatrisent, la fièvre disparaît et la guérison s'accompagne de la consolidation du nouvel os, qui est toujours plus gros que l'ancien et irrégulier.

TRAITEMENT. — *Mercurius solubilis* (3e trit.) et *phosphore* (3e trit.) sont les deux médicaments qui auront le plus d'action pour limiter ou même arrêter au début l'ostéite et la nécrose; ce sont ceux que nous administrons en les alternant.

Une fois que la nécrose est établie, que les fistules sont ouvertes nous avons surtout à combattre la suppuration, c'est *hepar sulfuris* (2e trit.) et *silicea* qui sont nos deux médicaments les plus importants; on les remplacera l'un par l'autre lorsque leur action paraîtra diminuée. *Conium maculatum* (3e à TM) pourrait aussi rendre des services, mais son indication est moins nette.

Des injections iodées, ou simplement boriquées, seront employées comme traitement local.

On devra, dès que le séquestre sera mobile, s'il est volumineux, recourir à une intervention chirurgicale, qui supprimera cette cause de suppuration et diminuera d'autant la durée de la maladie.

Les bains d'eaux mères (le Croisic, Salies), les eaux chlorurées arsenicales (la Bourboule), constituent un important traitement à la période de chronicité.

OSTÉITE PHLEGMONEUSE

Cette affection a reçu des noms très divers en rapport avec l'opinion que les auteurs se faisaient sur sa nature : *ostéite épiphysaire aiguë des adolescents* (Gosselin), *ostéo-périostite juxta-épiphysaire* (Gamet), *décollement aiguë des épiphyses* (Klose), *périostite maligne* (Volkmann) ; *nécrose aiguë* (Spill-

man), *médullite aiguë* (Culot), *périostite phlegmoneuse diffuse* (Giraldès).

Elle s'observe quelquefois dans l'enfance, mais surtout de 10 à 18 ans, et se montre plutôt chez les garçons (70 p. 100).

Le scrofule, le rhumatisme, les mauvaises conditions hygiéniques, la rougeole, joueraient le rôle de causes prédisposantes.

Elle se développe à l'occasion du froid, d'un traumatisme, surtout de fatigues excessives.

Nous croyons qu'elle est fréquemment une manifestation de la *diathèse purulente spontanée*.

L'épaisseur entière de l'os (périoste, os, et moelle) est atteinte par l'inflammation, qui s'étend fréquemment aux cartilages de conjugaison, qui réunissent la diaphyse aux épiphyses, et quelquefois aux articulations voisines.

C'est surtout à l'extrémité inférieure du fémur et à l'extrémité supérieure du tibia que siège l'ostéite phlegmoneuse, on l'observe également à la clavicule et à l'extrémité supérieure de l'humérus. Quelquefois plusieurs os sont atteints simultanément.

FORMES. — Nous décrirons successivement trois formes : la *forme inflammatoire*, la *forme typhoïde* et la *forme suraiguë*.

Forme inflammatoire. — Dans cette forme les symptômes généraux sont relativement moins marqués que les symptômes locaux, ils consistent au début en douleurs vagues, frissons, céphalalgie et courbature; la fièvre est vive, avec soif et anorexie.

La douleur locale apparaît rapidement, elle est continue et s'accompagne d'exacerbations nocturnes ; elle est très vive et augmentée par tous les mouvements. Une tuméfaction plus ou moins étendue survient peu après la douleur ; elle est dure, attenante à l'os et souvent accompagnée d'œdème de la peau.

La peau reste normale les premiers jours, mais souvent ensuite se couvre de marbrures et de plaques érythémateuses, surtout si l'os est superficiel et lorsque la suppuration s'approche de la surface. La fluctuation apparaît du 4e au 10e jour ; elle est au début profonde et difficile à percevoir.

On peut observer en outre le décollement des épiphyses lorsque l'ostéite phlegmoneuse siège sur les os longs, et plus tardivement du 12e au 15e jour des symptômes d'arthrite.

Les malades maintiennent leurs membres immobiles et dans la demi-flexion.

Dans cette forme, dès que la collection purulente est ouverte, les symptômes généraux diminuent et la guérison est la terminaison habituelle, soit assez rapidement, si périoste recouvre l'os dénudé, soit lentement après élimination de séquestres. Dans ce dernier cas, la mort peut être amenée par la longueur de la suppuration ou par une diathèse purulente généralisée.

Forme typhoïde. — Quel que soit le mode de début, qu'il ait été ou non précédé de prodromes, il survient rapidement des symptômes qui rappellent ceux de la fièvre typhoïde : anorexie, soif intense, langue sèche et fuligineuse ; vomissements et

douleurs abdominales; ballonnement du ventre et diarrhée. Le pouls est petit et très rapide; la température monte à 40° et 40°,5; la respiration est accélérée et l'auscultation fait reconnaître des râles; les urines sont rares et colorées et peuvent contenir de l'albumine; la céphalalgie, avec cris aigus, le délire ou la stupeur s'observent aussi; l'amaigrissement est rapide; lorsque l'affection dure longtemps, il peut se produire des eschares.

Les symptômes locaux sont les mêmes que dans la forme précédente, mais ils peuvent passer inaperçus au début, à cause de l'intensité des symptômes typhoïdes.

Cette forme est plus grave que la précédente et la mort y arrive souvent dans le coma; les causes de mort de la forme précédente peuvent aussi exister.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, les symptômes généraux diminuent ou disparaissent au moment de l'ouverture de l'abcès et la guérison se fait comme dans la forme précédente.

Forme suraigue. — Il y a des cas extrêmement rapides, dans lesquels la mort survient du 3e au 4e jour et où les symptômes généraux présentent une intensité considérable.

TRAITEMENT. — Nous croyons que le traitement du début doit surtout être dirigé contre les symptômes généraux. L'*aconit* (TM) sera le premier à administrer. Nous donnerons ensuite dans la forme typhoïde *arsenic* (3e trit.) et *phosphore* (3e trit.) alternés; ces deux médicaments correspondent à l'état général et le second est un des médicaments les

plus importants de l'ostéite et de la nécrose. Si l'état continuait à s'aggraver malgré ce traitement on aurait recours au *lachesis* (3e trit.), qui paraît bien homœopathique à cet état et peut être au *china* (TM) à hautes doses que nous retrouvons dans toutes les maladies malignes.

Dans la *forme inflammatoire*, où les symptômes locaux et douloureux dominent la scène morbide, la *bryonia* (3e à TM) nous paraît le meilleur médicament; il est indiqué par la douleur et la suppuration, c'est un des médicaments du phlegmon.

Lorsque la suppuration s'écoulera au dehors soit spontanément, soit après opération, l'*hepar sulfuris* (2e trit.) ou *silicea* (30e) sont les médicaments à employer.

Au point de vue chirurgical nous conseillons, dès que le diagnostic est certain et qu'il existe un gonflement douloureux au niveau de l'os, de pratiquer une *incision* large et profonde atteignant d'emblée l'os et divisant le périoste. Si le pus est formé il s'en écoulera une certaine quantité, s'il n'est pas encore formé on n'obtiendra que du sang, mais on aura déjà soulagé le malade. On fera ensuite le drainage de la plaie et des lavages fréquents. Lorsque la partie centrale de l'os n'est pas atteinte par l'inflammation, cette opération suffit d'ordinaire, et est suivie d'un grand soulagement et de la diminution des symptômes généraux.

Si les douleurs et les symptômes généraux persistent ou s'ils reviennent quoique l'écoulement du pus se fasse librement, il faudra pénétrer dans la cavité osseuse et la *trépanation* amènera alors un écoulement de pus abondant, et une amélioration consécutive.

On a conseillé encore la *résection* sous-périostée de l'os frappé de nécrose et cette opération a été suivie de succès. Quant à l'*amputation* qui était recommandée autrefois, elle n'a jamais donné que des résultats peu satisfaisants et ne nous paraît pas devoir être tentée.

L'élimination du séquestre, lorsqu'il y a nécrose, et les soins qu'elle demande, ont été décrits plus haut à propos de l'ostéite chronique (voir p. 381.)

Il peut arriver que, malgré les opérations précédentes, l'état général redevienne grave et qu'on observe les symptômes de la diathèse purulente ; on administrera alors *aconit* (TM) si le mouvement fébrile est continu, le *sulfate de quinine*, s'il est intermittent ou rémittent. Les autres médicaments de la diathèse purulente, *arsenic* (3e trit.) et *lachesis* (3e trit.) pourront être indiqués ensuite.

CARIE

C'est une ostéite à marche chronique qui s'observe chez les scrofuleux et qui s'accompagne d'une nécrose moléculaire et de fongosités.

Le début de la carie est moins accentué que celui l'ostéite ; il s'accompagne d'une douleur moins vive, qui quelquefois fait complètement défaut. Dans ce cas, l'apparition d'un abcès froid est le premier symptôme appréciable de la carie. Quand l'os est superficiel on observe aussi une tuméfaction de l'os malade.

Lorsque l'abcès est ouvert, il laisse couler un pus sanieux, très souvent sanguinolent, qui contient de

petits débris osseux ; les abcès ne se guérissent pas, ils deviennent fistuleux; si on introduit un stylet dans une de ces fistules, on arrivera jusqu'à l'os, qui, au lieu d'être dur et résistant, se laissera pénétrer par le stylet, en donnant la sensation de lamelles minces et sèches qui se brisent sous l'instrument. M. de Saint-Germain dit qu'on éprouve une sensation analogue à celle qu'on aurait en faisant pénétrer son stylet dans du sucre mouillé.

Cette affection a une marche essentiellement lente et chronique, et elle amène souvent l'enfant jusqu'à la cachexie scrofuleuse, si on ne peut l'enrayer.

La guérison a lieu surtout en transformant la carie en ostéite simple.

TRAITEMENT. — Le traitement est celui de la scrofule ; les médicaments les plus importants sont *calcarea carbonica* (12e), *silicea* (12e) et peut-être en première ligne *conium maculatum* (3e à TM).

Ce que nous avons dit des *eaux minérales salines* à propos de l'ostéite (voir p. 381) s'applique encore mieux au traitement de la carie.

Les *injections iodées* modifient quelquefois la carie ; mais on a recours aujourd'hui à l'*évidement* de la partie cariée (de Saint-Germain) ; à la suite de cette opération et surtout en envoyant ensuite le petit malade à une eau saline et au bord de la mer, on obtient des succès remarquables.

MAL DE POTT

C'est une affection caractérisée par la carie et les arthrites fongueuses du rachis ; on observe aussi ordinairement des lésions tuberculeuses des vertèbres. Toutes ces lésions diverses sont sous la dépendance de la scrofule.

Le mal de Pott débute par une douleur sourde et continue dans un point fixe de la colonne vertébrale, cette douleur est quelquefois assez peu marquée pour passer presque inaperçue. M. de Saint-Germain (1) conseille pour la faire naître, lorsqu'on soupçonne un mal de Pott au début, de faire coucher l'enfant sur le ventre, puis de le soulever en le prenant, par les pieds de manière à produire une certaine courbure de la colonne vertébrale; dans cette position, en imprimant quelques secousses on fera apparaître la douleur. En dehors de la douleur, on peut observer comme symptômes de début des fourmillements et des crampes dans les membres inférieurs, des difficultés dans le saut et dans la course qui deviennent impossibles, dans la marche qui est un peu génée.

Bientôt la colonne vertébrale s'immobilise ; elle ne peut s'arrondir par la flexion du corps en avant, l'enfant se courbe à angle droit pour ramener les objets qui sont par terre, sans que sa colonne vertébrale participe au mouvement qui se passe dans les articulations des hanches.

La déformation de la colonne apparait ensuite :

(1) Chirurgie orthopédique. Paris 1883.

elle consiste dans la saillie d'une ou plusieurs apophyses épineuses, saillie angulaire qui peut paraître dans certains cas arrondie au premier abord, mais que, par l'examen, on reconnait constituée par un certain nombre d'angles. Tout à fait au début, lorsque la saillie est très peu marquée, on la rendra plus nette, en faisant pencher le malade en avant; la pression, l'application d'une éponge imbibée d'eau chaude est douloureuse au niveau de cette saillie.

La cyphose lombaire rachitique est la seule déformation de la colonne vertébrale, qui puisse être sérieusement confondue avec le mal de Pott, et si l'on fait coucher l'enfant sur le ventre en le soulevant par les pieds, on verra dans ce cas, dans les vertèbres une certaine souplesse qui n' existe pas dans le mal de Pott (de Saint-Germain). La déformation lorsque les corps vertébraux ont été détruits sur le côté, pourrait être dirigée un peu latéralement; mais c'est très rare. Le mal de Pott peut siéger à un point quelconque de la colonne vertébrale, quoique les dernières dorsales et les premières lombaires soient les vertèbres les plus souvent atteintes.

La déformation se produit progressivement dans le plus grand nombre des cas; cependant, elle peut avoir lieu brusquement à la suite d'un effort. Elle s'accompagne d'une gêne plus ou moins grande dans la marche et la station.

Les *abcès par congestion* s'observent ensuite; ce sont de véritables kystes tuberculeux, qui s'étendent peu à peu en suivant les interstices musculaires, et qui peuvent aller s'ouvrir loin de leur point de départ. Le siège des abcès par congestion diffère

suivant le point de la colonne vertébrale atteint du mal de Pott. Si l'affection siège aux vertèbres cervicales, l'abcès se localise derrière le pharynx, ou, gagnant la partie postérieure, apparaît vers l'angle inférieur de l'omoplate ; lorsqu'il siège derrière le pharynx, l'absence de phénomènes généraux permettra de le distinguer de l'abcès rétro-pharyngien, dont il pourra présenter tous les signes locaux. Dans le mal de Pott dorsal, l'abcès apparaît presque toujours dans les gouttières vertébrales; dans le mal de Pott lombaire, il suit presque toujours la gaine du psoas et vient apparaître au-dessous de l'aine, à la face interne de la cuisse, après avoir passé sous l'arcade crurale.

Tant que l'abcès n'est pas ouvert, la santé générale se soutient. Les symptômes de la cachexie scrofuleuse (amaigrissement, anorexie, diarrhée) apparaissent ordinairement après l'ouverture de l'abcès.

La guérison arrive par consolidation et cicatrisation des vertèbres, qui se soudent en conservant leur déformation. Cette guérison a lieu surtout avant l'apparition des abcès par congestion, mais elle peut leur être consécutive.

La mort survient par épuisement dans la cachexie scrofuleuse, ou par une complication (méningite rachidienne, méningite ou phthisie tuberculeuse, inflammation de l'abcès par congestion).

TRAITEMENT. — Nous ne reviendrons ni sur les médicaments, ni sur le traitement thermal, ni sur l'alimentation ; nous avons donné toutes les indications nécessaires au traitement de la scrofule et de la carie (voir p. 19 et p. 387).

Comme traitement orthopédique, nous recommandons le repos absolu dans la gouttière de Bonnet, qui a l'avantage de permettre de promener le malade avec son appareil, et qui sert en même temps de lit. Le séjour dans la gouttière doit être long. Lorsqu'il existe des abcès par congestion, on les ouvrira le plus tard possible, et on le fera par la méthode aspiratrice, si le pus peut s'écouler par le trocart.

Plus tard, lorsque le mal de Pott est consolidé, on permettra au petit malade un peu d'exercice en lui faisant porter le jour un corset à tuteur métallique.

b). — **Maladies et affections des articulations.**

TUMEURS BLANCHES

Les tumeurs blanches sont des arthrites chroniques scrofuleuses, qui se développent surtout pendant la seconde enfance. Elles ont quelquefois comme causes occasionnelles, les *entorses* et les *arthrites simples*.

Elles peuvent siéger sur toutes les articulations, mais elles n'en atteignent qu'une et principalement le genou et la hanche.

Dans ce chapitre, nous aurons surtout en vue la tumeur blanche du genou; celle de la hanche, sous le nom de *coxalgie*, a droit à un chapitre spécial à cause de ses symptômes propres.

La tumeur blanche débute d'une manière insi-

dieuse, une douleur sourde, une certaine gêne et surtout un manque de force dans la jointure malade ; on pense à une arthrite simple, mais la douleur et le gonflement qui persiste, l'aspect luisant de la peau ne permettent bientôt plus de se tromper.

L'enfant reste dans le décubitus dorsal, la jointure dans l'immobilité et le relâchement, dans une situation entre l'extension et la flexion.

L'attitude vicieuse est la conséquence de la rétraction des muscles, ou peut être simplement une position dans laquelle la douleur est moindre. Les mouvements sont impossibles ou très limités et très douloureux.

La marche de cette affection est lente, elle dure des mois, et s'accompagne d'amaigrissement ; puis des abcès de voisinage se forment, il s'ouvre des fistules, par lesquelles s'écoule un pus sanieux et grisâtre ; la fièvre hectique s'établit.

La terminaison peut être la mort dans le marasme avec accompagnement d'autres manifestations de même ordre : phthisie pulmonaire, méningite tuberculeuse, péritonite, etc. Ces complications peuvent amener la mort avant la production de la cachexie.

La guérison est possible soit spontanément, soit après opération ; si la guérison a lieu spontanément l'articulation s'ankylose, quelquefois dans une fausse position.

TRAITEMENT. — Le traitement médical est celui de la scrofule (voir p. 19); nous ne reviendrons pas ici sur les médicaments, ni sur les eaux minérales appropriées.

Le traitement local consiste dans l'*immobilisation*,

la *résection* ou l'*amputation*; nous allons passer en revue les indications de ces divers moyens, sans décrire les opérations chirurgicales en elles-mêmes.

L'*immobilisation* consiste à placer le membre dans la position la plus avantageuse pour le malade et à l'immobiliser dans cette position par une gouttière ou un appareil inamovible. Si le membre était dans une position vicieuse on le redresserait tout d'abord avec l'aide du chloroforme ; cette méthode dite conservatrice ou française a pour but de produire la guérison par ankylose.

La *résection*, dite méthode anglaise, consiste à enlever toutes les portions malades (os carié, cartilage nécrosé, fongosités) et à produire une ankylose entre les parties saines. Malgré l'opposition d'un certain nombre de chirurgiens français nous croyons que c'est la meilleure méthode, au point de vue des résultats ; il est vrai que, comme toutes les opérations elle peut être cause de la mort, mais étant donné ses avantages comme résultat final nous croyons qu'on doit la faire.

L'*amputation*, qui est du reste plus meurtrière, passe complètement au second plan, lorsqu'on admet l'opportunité de la résection, elle sera réservée pour les cas où les deux moyens précédents auront échoués, où la fièvre hectique, et la cachexie menaceront la vie du malade.

COXALGIE

La coxalgie est une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale ; ses symptômes particuliers

sont assez importants pour nécessiter une description particulière.

Les causes sont les mêmes que pour les autres tumeurs blanches, nous n'y reviendrons donc pas.

FORMES. — Nous décrirons deux formes : la *forme commune* à marche chronique et la *forme maligne*.

FORME COMMUNE. — On peut la diviser en trois périodes, *période de début*, *période d'état* ou *de déformation* et *période de terminaison*. La marche est toujours lente.

Période de début. — Cette période est ordinairement lente et peut présenter des rémissions. Les premiers symptômes apparents sont la *douleur* et la *claudication*, qui peuvent se montrer ensemble ou successivement.

La douleur spontanée siège ordinairement au milieu du pli de l'aine et en arrière du grand trochanter; elle est en général sourde, continue et aggravée par le mouvement, présentant rarement des exacerbations nocturnes. Lorsqu'elle est peu marquée, on peut la déterminer par la percussion du grand trochanter, ou le refoulement du fémur de bas en haut. On observe dans un très grand nombre de cas une douleur au niveau du genou, douleur qui peut quelquefois être plus marquée que celle de la hanche.

La claudication précède souvent, chez les enfants qui marchent, l'apparition de la douleur. Dans les premiers temps, elle est peu marquée, l'enfant traîne un peu la jambe; lorsqu'on l'entend marcher, on remarque que les pas sont inégaux.

La claudication s'accompagne de l'immobilité de la hanche ; cette jointure ne sert plus pendant la marche ; c'est le bassin qui se déplace. Pour constater l'immobilité de la jointure, il suffit de faire coucher l'enfant sur le dos et de placer la main sur la crête iliaque du côté malade ; lorsqu'on lui dit d'élever le pied sans fléchir le genou, la cuisse s'élève sans se fléchir et la main, placée sur le crête iliaque, sent le mouvement d'élévation du bassin qui se déplace. Les mouvements d'abduction de la cuisse sont déjà très limités.

Chez les petits enfants qui ne marchent pas encore et qui sont sujets à crier souvent sans cause, la coxalgie est difficile à reconnaître à cette période : un bon moyen de diagnostic consiste alors à tenir l'enfant suspendu ; dans cette situation, il se débat et remue le membre sain, tandis que l'autre reste immobile ; lorsque l'enfant est couché, si on pince successivement les deux pieds, on voit qu'il agite en tout sens sa jambe saine, tandis que le membre malade se déplace à peine, ne quitte pas le lit et se glisse à droite ou à gauche par une sorte de mouvement de reptation (Mathieu et Strauss) (1).

Période d'état ou *de déformation*. — Cette période est caractérisée par les attitudes vicieuses qui deviennent permanentes, après avoir présenté quelques rémissions.

Nous ne pouvons que les indiquer ici sans entrer dans les détails de la question.

Le membre est dans la flexion sur le bassin ; tantôt cette flexion est simple, tantôt elle se combine

(1) Dict. encyclop. des sciences médicales, 1re série, t. XII.

avec d'autres attitudes vicieuses, et on peut observer en même temps qu'elle soit l'*abduction* et la *rotation en dehors*, soit l'*adduction* et la *rotation en dedans*. Du côté du bassin on constate en même temps des déviations avec la colonne vertébrale, soit une flexion exagérée qui produit un certain degré d'*ensellure*, lorsque le membre malade repose dans l'extension à coté du membre sain et qui disparaît par la flexion de la cuisse ; soit un déplacement latéral du bassin, qui consiste en un abaissement lorsque le membre est dans l'abduction et une élévation lorsqu'il est dans l'adduction. Ces diverses attitudes vicieuses du membre et du bassin déterminent un allongement ou un raccourcissement apparent du membre inférieur, qu'il ne faudra pas confondre avec l'allongement et le raccourcissement réel qui sont dus ordinairement aux lésions de la cavité cotyloïde, de la tête du fémur et des ligaments de l'articulation.

Le plus souvent on observe, pendant cette période, au début, l'allongement apparent avec abduction du membre et inclinaison latérale du bassin, puis ensuite raccourcissement avec adduction du membre et élévation du bassin; mais, dans quelques cas, l'une des deux positions peut s'établir dès le début et persister pendant toute la durée de la maladie.

Période de terminaison. — Cette période diffère suivant que la coxalgie se termine par résolution, par ankylose sans suppuration, par suppuration ou par luxation.

La *terminaison par résolution* est rare, elle peut cependant exister même si les cartilages ont été altérés et dans ce cas les mouvements articulaires

reviennent peu à peu après la diminution et la disparition des symptômes douloureux.

La *terminaison par ankylose sans suppuration* est défavorable si la cuisse est fortement fléchie sur le bassin, et surtout s'il y a en même temps adduction ou abduction; dans le premier cas la marche n'est possible qu'avec des béquilles, dans le second elle peut être absolument impossible. Si l'ankylose se fait dans l'extension ou avec une flexion très légère, et avec très peu d'adduction ou d'abduction, le résultat est, au contraire, très favorable. Dans ce mode de terminaison on observe ensuite une atrophie musculaire des muscles de la cuisse et de la fesse, qui servaient aux mouvements de la cuisse sur le bassin.

Sa *terminaison par suppuration* est assez fréquente. La suppuration peut être suivie d'ankylose ou de luxation et guérir, ou amener la cachexie et la mort. Les douleurs vives revenant à intervalles rapprochés, puis devenant continues, un mouvement fébrile intense avec frissons, annonce la formation du pus. On observe ensuite une tuméfaction qui peut être considérable et amener de l'œdème du membre par la gêne circulatoire qu'il détermine.

Les abcès peuvent suivre des trajets divers; le plus souvent ils se rapprochent de la peau et viennent s'ouvrir à la partie supérieure et postéro-externe de la cuisse. Le pus a ordinairement l'aspect du pus *normal*. Leurs trajets fistuteux suppurent longtemps sans tendre à la guérison.

La coxalgie suppurée peut se terminer par une ankylose complète, après l'élimination des parties cariées; c'est la terminaison la meilleure lorsque

les parties sont dans une position favorable, elle peut amener aussi une *luxation spontanée*, terminaison très rare, malgré l'opinion ancienne. Cette luxation a presque toujours lieu dans la fosse iliaque ; dans ce cas le membre est en adduction et racourci d'une façon notable. La guérison peut encore avoir lieu soit par une ankylose, soit par une pseudarthrose ; mais souvent la suppuration continue, la cachexie s'établit et la mort survient.

La *mort* est une terminaison fréquente de la coxalgie suppurée : elle est précédée de la fièvre hectique, de diarrhée et d'épuisement; elle s'accompagne de dégénérescence amyloïde du foie et des reins. Elle est rarement causée par une autre complication tuberculeuse.

Forme maligne. — Cette forme décrite par Mathieu et Strauss est très rare ; elle est caractérisée par la formation rapide de la suppuration. Dès le début, les douleurs sont très vives et forcent le malade à s'aliter; les mouvements sont impossibles ; la fièvre est très violente. On observe ensuite rapidement un gonflement périarticulaire énorme, de l'œdème du membre et la formation du pus, qui fuse bientôt vers la peau ; les fistules laissent échapper un pus abondant et mal lié, contenant quelquefois des parcelles osseuses. Ces collections purulentes précèdent d'ordinaire l'apparition des attitudes vicieuses; le plus souvent elles sont suivies de raccourcissement et d'adduction de la cuisse.

La mort est la terminaison la plus fréquente ; elle a lieu au bout de quelques mois et dans le marasme.

Quelquefois, lorsque les abcès sont ouverts, la maladie prend une allure chronique et se comporte comme dans la forme précédente.

TRAITEMENT. — Les médicaments et les eaux minérales qui entrent dans le traitement de la coxalgie sont les mêmes que ceux dont nous avons parlé au traitement de la scrofule (voir p. 19).

Au début, le traitement chirurgical consiste surtout à immobiliser le membre inférieur dans une bonne position et pour cela un des meilleurs appareils est la gouttière de Bonnet; si le membre est dans une attitude vicieuse, on endormira l'enfant et on le redressera avec douceur; puis on le placera dans une gouttière de Bonnet; les inconvénients de cet appareil sont de nécessiter le décubitus et de rendre même les sorties difficiles; aussi a-t-on inventé plusieurs appareils inamovibles pour le remplacer.

Dans la période d'état, lorsqu'il y a une déformation et que la coxalgie n'est pas suppurée, on devra pratiquer le redressement et pour cela on emploiera les appareils à extension continue, que nous ne pouvons décrire ici. Une fois le redressement opéré, on se comportera comme précédemment pour maintenir le membre dans une bonne position.

Lorsque la coxalgie est suppurée, on peut, s'il n'y a pas de fièvre hectique marquée, se contenter de vider les abcès par des ponctions; lorsqu'il existe des accidents on ne craindra pas d'ouvrir largement les abcès et d'y faire des lavages fréquents.

M. de Saint-Germain (1) est opposé à la résection

(1) Chirurgie orthopédique, Paris, 1883.

de la hanche, pratiquée couramment en Angleterre contre les accidents de la coxalgie suppurée ; malgré sa haute autorité et étant donnés les résultats que nous avons vu obtenir à l'hôpital Saint-Jacques par notre ami le Dr Piedvache, nous croyons que comme pour les autres tumeurs blanches la résection doit être tentée et qu'elle offre de grandes chances de guérison.

c.) — Affections des muscles.

TORTICOLIS

Nous n'avons ici en vue que le *torticolis musculaire* celui qui se développe sous l'influence d'un refroidissement et qu'à cause de cela on a qualifié du nom de rhumatismal ; le *torticolis osseux*, consécutif aux lésions traumatiques du rachis, à des affections chroniques des articulations (tumeurs blanches, mal de Pott cervical, etc.), présente des caractères spéciaux.

Le torticolis musculaire siège sur le *sterno-cleïdo-mastoïdien*, ou sur un muscle de la région postérieure du cou : *trapèze* ou *splenius*.

Il s'accompagne au début d'une douleur assez vive dans le muscle malade, et c'est pour éviter cette douleur que le malade tient sa tête dans une position déterminée. Lorsque la myalgie siège sur le sterno-cléido-mastoïdien la tête est inclinée du côté affecté et légèrement tournée du même côté. Lorsqu'elle occupe un des muscles de la région postérieure, la

tête est encore inclinée du côté affecté, mais elle est tournée du côté opposé.

On observe quelquefois des rémissions dans la douleur qu'amène le torticolis, rémissions pendant lesquelles la douleur disparaît parfois complètement et qui peuvent être régulièrement intermittentes.

La guérison est la terminaison la plus habituelle; mais le torticolis peut passer à l'état chronique; dans ce cas, les douleurs diminuent beaucoup et finissent par disparaître; mais la tête reste dans son attitude vicieuse, et cette attitude peut devenir irremédiable à la longue parce qu'alors les vertèbres du cou participent à la déviation.

TRAITEMENT. — La *belladone* (1re à TM) est le médicament principal du torticolis aigu; il réussit très souvent; en cas d'insuccès on a recours à *colchicum* (3e à TM), qui agit quelquefois mieux que le précédent; à *bryonia* (3e à TM) ou à *nux vomica* (3e à TM).

Le *sulfate de quinine* à hautes doses est le traitement du torticolis intermittent.

L'électricité et le massage peuvent faciliter la guérison. Dans les cas chroniques, lorsqu'il y a une rétraction musculaire, on n'hésitera pas à faire la *ténotomie*.

CHAPITRE VII

MALADIES ET AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE ET DE LA PEAU

a.) — Affections du tissu cellulaire.

ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS

L'*œdème des nouveau-nés* est une anasarque, s'accompagnant des phénomènes de l'asphyxie lente et ordinairement mortelle. Le *sclérème* se montre presque toujours à sa période terminale, ce qui fait qu'il y a eu confusion et que certains auteurs décrivent la maladie sous ce nom (P. Jousset).

L'affection débute peu après la naissance et avant le 3e jour ; elle se montre chez les enfants faibles, nés avant terme et abandonnés. Le froid est une cause occasionnelle évidente ; la maladie est plus fréquente en hiver (Bouchut).

La maladie débute par une coloration rouge violacée de toute la peau, plus intense à la face et par l'apparition de l'œdème, qui apparaît au pied, et gagne successivement les jambes, les mains et les bras, la face, les cuisses, le scrotum, puis le reste du corps. L'œdème est dur, et cependant garde l'impression du doigt. La teinte violacée du début, qui avait surtout été marquée à la face et aux extrémités, est remplacée par une coloration jaune terne, qui s'étend aux sclérotiques.

Le refroidissement se montre ordinairement peu après le début de la maladie et peut être considérable. La peau est froide au toucher; le thermomètre descend plus bas que dans toutes les autres maladies : placé dans la bouche, il descend à 26°, même à 22° (Parrot). Le pouls et la respiration se ralentissent progressivement, comme la température s'abaisse; les enfants poussent un cri aigu, grêle et sans force; ils sont dans une sorte d'engourdissement, les paupières constamment fermées, refusant toute nourriture.

Le sclérème de la peau vient compliquer l'œdème : la peau est plus dure qu'au début, ses plis sont complètement effacés; la face à une immobilité effrayante; les mouvements des lèvres deviennent impossibles.

La mort arrive dans un coma asphyxique vers le 5e jour; cependant on peut observer des rémissions légères, puis des rechutes, et la maladie peut se prolonger jusqu'au 20e jour.

Lorsque la guérison, ce qui est très rare, doit avoir lieu, la température se relève, le cri devient fort, les enfants tètent avec avidité.

TRAITEMENT. — Le traitement homœopathique de cette maladie est encore bien peu avancé : *arsenic* (3e trit.) et *lachesis* (3e trit.) sont les deux médicaments qui correspondent le mieux à l'ensemble des symptômes, et c'est par eux que nous commencerions en les alternant. Si le refroidissement devient extrême, nous donnerions *carbo vegetabilis* (12e).

En dehors des médicaments, on devra s'efforcer

de réchauffer les petits malades : les bains d'eau chaude, un lit très chauffé, la couveuse artificielle (?) pourront favoriser le traitement. Roger (1) conseillait au début les affusions froides pour amener une réaction favorable; Legroux (2) a recommandé le massage.

b). — Affections de la peau.

Quelques maladies de peau comme le *pityriasis* et le *psoriasis*, par exemple, se montrent chez les enfants avec les mêmes caractères que chez l'adulte, et sont assez rares; nous ne les décrirons pas ici.

ÉRYTHÈME

L'érythème est caractérisé par une rougeur de la peau, disparaissant sous la pression du doigt, se montrant sous forme de taches irrégulières, qui ne sont pas limitées par un bord saillant comme l'érysipèle et s'accompagnent d'un sentiment de cuisson et de chaleur.

Nous distinguerons l'*érythème simple*, qui se développe sous l'influence de la chaleur (*coup de soleil*) ou du froid (*engelures*) et l'*érythème intertrigo*, qui est très fréquent chez les enfants, surtout chez ceux qui sont gras. C'est aux endroits où la peau est en contact avec elle-même, comme entre les

(1) Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. Paris, 1872.

(2) Bullet. de la Soc. méd. des hopitaux, 1855.

fesses, aux cuisses, aux parties génitales et aux plis du cou qu'il se développe. Il peut s'accompagner d'ulcérations superficielles de la peau, qui donnent un écoulement séro-purulent assez abondant. Lorsqu'on l'observe chez les tout jeunes enfants, où il est causé et entretenu par le contact de l'urine et des selles, et par la diarrhée dont il est une complication, il est quelquefois accompagné de pustules d'ecthyma.

TRAITEMENT. — Contre le *coup de soleil* nous prescrirons surtout la *belladone* (3e) qui est indiquée par la rougeur de la face et de la tête, la fièvre, le mal de tête, le délire et les vomissements. *Arnica* (3e), qui produit aussi des symptômes cérébraux et de l'érythème, serait administré si la rougeur était dure et luisante. *Rhus toxicodendron* (3e) souvent dans les mêmes cas, lorsque l'éruption présente quelques vésicules.

Contre les *engelures*, on prescrit *cantharis* (6e) avec des lotions de la 3e dil.; *nitri acidum* et *rhus toxicodendron* aux même doses ont été employés aussi, le dernier principalement lorsque les engelures s'accompagnent de prurit intense et de desquamation furfuracée; R. Hughes recommande en outre *agaricus muscarius* (3e) et *pulsatilla* (3e). Nous nous nous sommes bien trouvé comme moyen préventif chez les enfants prédisposés aux engelures, d'application d'un glycérolé de perchlorure de fer au 100e. Une pommade au chlorat au 100e calme assez rapidement la cuisson et le prurit lorsque les engelures existent.

Contre l'*intertrigo*, s'il accompagne la diarrhée,

on donnera le traitement de la diarrhée ; s'il existe seul, *chamomille* (3e trit.) répondra aux cas classiques ; lorsqu'il y a ulcération de la peau, *mercurius* (3e trit.) est indiqué par les mêmes symptômes et surtout par une éruption miliaire concomitante; *lycopodium* (12e) répond au prurit. Les soins de propreté doivent être excessifs; les bains, les applications de poudre de lycopode et de talc ; enfin l'application d'un corps gras, vaseline, beurre de cacao et surtout de la pommade suivante :

Huile d'amande douce. . . .	22 gr.
Blanc de baleine.	10 gr.

tels sont les moyens locaux de combattre l'intertrigo.

STROPHULUS

Affection de la première enfance, le strophulus se développe surtout pendant la dentition et peut récidiver à chaque éruption de dents.

L'éruption consiste en petites papules, grosses comme un grain de millet, blanches ou rouges et amenant un prurit très intense; l'enfant se gratte et s'écorche.

D'Espine et Picot rapproche du strophulus une éruption de dentition dans laquelle les papules sont surmontées d'une petite vésicule brillante et transparente, rappelant celle de la varicelle.

Les papules sont plus ou moins confluentes, l'éruption dure de 2 à 10 jours : elle ne s'accompagne pas de symptômes généraux propres.

La gale se distinguera du strophulus par l'existence de sillons et son siège spécial, limité au début aux mains et aux membres inférieurs.

TRAITEMENT. — Il est ordinairement inutile, quelques bains suffisant pour faire disparaître cette affection. Si le prurit était très violent, on pourrait recourir aux médicaments de l'urticaire.

URTICAIRE

L'urticaire est fréquente chez les enfants, surtout après 7 ans. Comme nous l'avons vu plus haut (voir p. 77) elle peut s'accompagner de fièvre et constituer une petite fièvre éruptive. Elle peut exister seule sans réaction fébrile et dans ce cas est extrêmement mobile et sujette à récidives.

TRAITEMENT. — Le traitement a été fait à la fièvre ortiée.

ZONA

Cette affection, caractérisée par une éruption de vésicules d'herpès réunies par groupes, siége sur le trajet d'un nerf et s'accompagne souvent de névralgie. Elle survient à tout âge et même chez les nouveau-nés ; la variété la plus fréquente est le zona intercostal, mais on l'a observé dans d'autres régions : membres supérieurs; plexus cervical et

zona ophthalmique (7 cas chez les enfants sur 86 observations d'Hybord) (1).

TRAITEMENT. — Un assez grand nombre de médicaments sont indiqués dans le traitement du zona et présentent des indications particulières.

Rhus toxicodendron (3e à TM) convient lorsque la névralgie concomitante diminue par le mouvement prolongé et augmente par le repos et le séjour au lit.

Arsenic (3e à 2e trit.) correspond au zona, lorsqu'il s'accompagne d'un prurit brûlant, d'anxiété et d'agitation, lorsque la douleur est plus forte la nuit et diminue par les applications chaudes.

Mezereum (3e à TM) est indiqué surtout dans le zona des nerfs de la face, il est recommandé par Bähr dans tous les cas de zona.

On a aussi conseillé *causticum* (6e), *mercurius* (3e trit.), *graphites* (6e ou 3e trit.) et *ranunculus bulbosus* (6e ou 3e trit.), qu'on emploiera en cas d'insuccès des premiers médicaments. Le dernier convient surtout contre la névralgie intercostale consécutive, lorsqu'elle est invétérée.

ECZÉMA ET IMPÉTIGO

L'eczéma se présente presque toujours chez les enfants sous forme d'*impétigo*; cependant on peut observer aussi les autres variétés d'eczéma qui se comportent alors comme chez l'adulte.

(1) Du zona ophthalmique. Thèse de Paris, 1872.

L'*impétigo* est fréquent chez les enfants avant 5 ans, et malgré l'autorité de Bazin qui en faisait une scrofulide, on le rencontre également chez des sujets vigoureux et non entachés de scrofule.

Il se développe souvent pendant la lactation et a été attribué à un trouble dans l'alimentation, d'où son nom vulgaire de *croûtes de lait*. On peut considérer aussi comme cause occasionnelle : la dentition, les irritants de la peau, les poux, la teigne et même la vaccination.

Quelques auteurs l'ont considéré comme contagieux, ce qui ne nous paraît pas démontré.

Au début, on observe des plaques rouges irrégulières et pruriantes qui se couvrent très rapidement de vésico-pustules ; le liquide qu'elles contiennent est d'abord louche, puis rapidement purulent ; il s'écoule promptement au dehors et forme en se desséchant des croûtes jaunâtres très adhérentes, qui prennent parfois une coloration verdâtre ou même noirâtre ; elles ont une grande épaisseur et un aspect rugueux. Si elles tombent, on voit au-dessous d'elle une surface ulcérée, rouge et cuisante, qui se recouvre promptement de nouvelles croûtes. La durée de l'accroissement de l'éruption est très variable et peut être très longue. Lorsque la guérison s'approche, les croûtes sont moins épaisses et finissent par disparaître, en laissant la peau rouge pendant quelque temps, mais sans cicatrices durables.

L'impétigo s'accompagne d'ordinaire d'une santé parfaite. Il peut occuper toutes les parties du corps mais on l'observe le plus souvent à la face et au cuir chevelu.

L'impétigo de la face (*impetigo larvalis*) peut être étendu à la plus grande partie de la face, ou être limité en plaques arrondies ou ovalaires, qui siègent sur une joue, au front, à la face postérieure du pavillon de l'oreille, aux lèvres ou à l'orifice des narines ; dans ce dernier cas, chez les scrofuleux, il s'accompagne souvent de coryza chronique.

Au cuir chevelu (*impetigo capitis*), il est aussi disséminé ou s'étend sur une large surface ; dans le premier cas, les croûtes forment de petites boules jaunâtres, qui se dessèchent et adhèrent fortement aux cheveux, qu'elles agglutinent et qu'elles recouvrent de petites écailles sèches et brillantes. Lorsque tout le cuir chevelu est atteint d'impétigo, il est recouvert d'une calotte épaisse d'une odeur fade, fétide à la longue, qui agglutine les cheveux entre eux et qui laisse suinter un liquide visqueux et abondant. Ce liquide s'écoule sur le front et derrière les oreilles où l'impétigo peut se montrer consécutivement. De petits abcès du cuir chevelu, l'engorgement des ganglions du cou en sont la conséquence fréquente.

Lorsque l'impétigo est généralisé, il a une durée plus longue, surtout lorsqu'il occupe le cuir chevelu.

TRAITEMENT. — *Viola tricolor* (3e trit.) et *dulcamara* (3e trit.) sont nos médicaments les plus employé dans le traitement de l'impétigo, à l'éruption duquel ils correspondent bien, ainsi qu'au gonflement ganglionnaire.

Sepia (1re trit.) est un médicament des cas rebelles ; sa pathogénésie contient des symptômes

caractéristiques : prurit et vésicules près des oreilles et au cuir chevelu, donnant une sécrétion puriforme et se recouvrant de croûtes molles.

Rhus vernix (TM) à l'intérieur et en lotions (2 gouttes par cuillerées à bouche d'eau), nous a réussi aussi dans les cas rebelles; c'est du reste un des principaux médicaments de l'eczéma.

Un médicament que nous avons employé avec succès dans ces derniers temps et qui nous paraît un des principaux est *conium* (1re déc. à TM). La pathogénésie convient à diverses éruptions pruriantes et Stork (1) l'a donné avec succès.

L'*antimonium crudum* (3e trit.) est recommandé par R. Hughes contre le prurit de cette affection. Le *tartarus emeticus* (3e trit.) nous paraît mieux indiqué par son éruption pathogénétique.

Enfin R. Hughes recommande aussi *kali bichromicum* (3e); qui correspond à une éruption pustuleuse avec croûtes épaisses.

Les cataplasmes pour faire tomber les croûtes; les lotions avec le *rhus vernix* sont des moyens adjuvants ordinaires. On amène souvent une amélioration assez prompte et surtout la cessation des démangeaisons par l'application sur l'impétigo d'un tissu imperméable (caoutchouc, taffetas gommé).

On a attribué autrefois à la rétrocession de l'éruption toutes sortes de complications; on tendrait aujourd'hui à mépriser ces vieilleries; cependant, il est bon de ne pas faire disparaître l'éruption trop rapidement : 1° lorsque son apparition coïncide avec

(1) Stork, Etudes de thérapeutique expérimentale, trad. Piedvache. Paris, 1887. J.-B. Baillière et fils.

l'amélioration d'une ophthalmie, ou que celle-ci apparaît quand l'éruption diminue ; 2° lorsque l'apparition de l'éruption chez un enfant délicat coïncide avec une amélioration dans l'état général, et que des troubles généraux accompagnent l'amélioration de l'impétigo (Rilliet et Barthez).

PEMPHYGUS

Le pemphygus à marche chronique s'observe rarement chez les enfants tandis que le *pemphygus aigu* est assez fréquent et se présente sous deux formes : le *pemphygus essentiel* ou bénin et le *pemphygus syphilitique* ordinairement grave. Nous n'avons à nous occuper ici que du premier. Il débute presque toujours pendant les premiers jours de la vie principalement du 3e au 6e jour.

C'est dans les maternités ou chez les sages-femmes qu'il se développe et il prend souvent le caractère épidémique. Il paraît contagieux et se serait transmis du nourrisson à la nourrice.

On le rencontre quelquefois pendant la seconde enfance et il peut alors se montrer en même temps que la rougeole.

Quelquefois il existe un mouvement fébrile léger au début du pemphygus, mais c'est l'exception et le plus souvent la maladie débute par l'éruption de bulles, contenant un liquide incolore ou un pus grisâtre entouré d'une auréole rouge. Les bulles varient chez le même malade depuis la grosseur d'un grain de chènevis, jusqu'à la largeur d'une pièce de 2 francs. Peu nombreuses chez les malades

de la seconde enfance, elles s'observent en grande quantité chez les nouveau-nés où l'éruption peut occuper toute la surface cutanée, excepté la plante des pieds et la paume des mains; elle est principalement marquée au ventre, aux cuisses, au cou, et à la face. La muqueuse buccale et la conjonctive peuvent être atteintes.

On peut observer plusieurs poussées successives, mais la maladie se termine par la guérison après un ou deux septénaires environ. Elle est plus longue lorsqu'il y a des ulcérations consécutives et les enfants présentent de l'amaigrissement et de la diarrhée.

Le *pemphygus syphilitique* ne sera pas confondu avec le pemphygus essentiel, parce qu'il s'accompagne d'une cachexie profonde et d'autres symptômes syphilitiques et que l'éruption siège à la plante des pieds et à la paume des mains.

TRAITEMENT. — Le *rhus toxicodendron* (3e) qui produit plutôt des vésicules que des bulles et qui est un des médicaments principaux de l'eczéma est très recommandé dans le traitement du pemphygus, surtout au début.

Cantharis (3e à 1re) est le médicament qui convient ensuite: on aidera son action interne en faisant des applications locales avec une solution au 1/100 de cantharis (TM).

Le *ranunculus bulbosus* (3e) a été employé aussi dans le pemphygus des enfants.

Enfin l'*arsenic* (3e trit.) conviendrait aux cas rebelles, lorsque les bulles sont remplacées par des ulcérations, qu'il y a de la diarrhée et un peu de symptômes cachectiques.

ECTHYMA ET RUPIA

Ces deux affections se montrent assez fréquemment chez les enfants mal nourris et débiles ; elles ne présentent guère de gravité par elles-mêmes, mais elles sont l'indice d'un mauvais état général. L'ecthyma accompagne fréquemment la diarrhée infantile.

Ces deux affections peuvent aussi se développer sous l'influence de la syphilis.

L'*ecthyma* se présente sous la forme de pustules pouvant dépasser la largeur d'une pièce de cinquante centimes ; pustules remplies d'un pus séreux et sanguinolent, qui se recouvrent de croûtes noires, ou qui sont remplacées par des ulcérations arrondies, produisant après guérison une cicatrice pigmentée. Le siège de cette éruption est surtout les membres inférieurs, mais elle peut se rencontrer au cou, au tronc et aux membres supérieurs.

Le *rupia* diffère de l'ecthyma par la grandeur des pustules, qui méritent le nom de bulles, par les croûtes très épaisses qui ressemblent à une coquille d'huître et par le profondeur des ulcérations consécutives, qui donnent lieu à une cicatrice plus grande que celle de l'ecthyma.

TRAITEMENT. — Le *tartarus emeticus* (3e à 1e trit.), qui produit une éruption assez voisine de l'ecthyma est le médicament principal de ces deux éruptions.

Le *lachesis* (3e trit.) et le *secale cornutum* (3e à 1re trit.) sont recommandés par R. Hughes, le premier

pour l'ecthyma des bras et le second pour celui des jambes.

Nous préférons l'*arsenic* (3e trit.) lorsque les croûtes sont tombées et qu'on se trouve en présence des ulcérations ; on pourra en même temps panser celles-ci avec l'arsenic et l'amidon à 1/1000.

L'*hydrastis canadensis* (1re déc.) pourra rendre des services dans le traitement de l'ecthyma et du rupia invétéré ; c'est le médicament des ulcères chroniques ; on panserait en outre les ulcérations avec un glycérolé d'hydrastis (TM) à 1/10.

PRURIGO

Il se développe quelquefois chez les enfants sales sous forme de petites papules, qui déterminent un prurit insupportable. La démangeaison amène un grattage qui écorche les petites papules.

TRAITEMENT. — *Sulfur* (12e ou 30e), *lycopode* (12e ou 30e) et *arsenic* (12e à 3e) sont les trois médicaments principaux ; le premier correspond au prurit de la nuit et du matin ; le second au prurit du soir et au prurit cuisant ; le troisième à une démangeaison brûlante.

L'*hydrate de chloral* en substance, 0,25 par potion et en lotion à 1/100, peut amener un grand soulagement.

Nous recommandons aussi comme moyen externe les bains d'eau salée et les lotions au sublimé à 1/1000 ou 1/500.

LUPUS

Le lupus est une affection de la peau qui n'existe que chez les enfants scrofuleux ; chez les enfants, c'est la variété hypertrophique qui s'observe le plus souvent.

Le lupus débute par l'apparition sur le visage de tubercules d'un rouge violacé, peu saillants et qui peuvent s'étendre peu à peu à tout le visage ; quelquefois le début n'est marqué que par des taches érythémateuses. Il y a en même temps un engorgement de la peau et du tissu cellulaire, de sorte que la figure est bouffie et rouge et les lèvres gonflées ; quelques petites cicatrices blanchâtres se montrent de loin en loin, ce sont des tubercules qui ont guéri sans s'ulcérer.

On observe aussi des ulcérations plus ou moins étendues qui sont remplacées après guérison par des cicatrices blanchâtres analogues à celles des brûlures.

Le lupus peut produire l'ectropion, l'épiphora et l'oblitération des oreilles ; il peut envahir le pavillon de l'oreille.

C'est une affection de longue durée, qui existe quelquefois pendant toute la vie.

TRAITEMENT. — L'*arsenic* (3e à 1re trit.) et l'*hydrastis* (3e à TM) sont les deux médicaments qui sont les plus employés et ceux auxquels on doit quelque succès ; l'usage externe d'une poudre arsenicale (acide arsénieux 1, pour amidon 1000) ou

d'une lotion d'hydrastis (TM) à 1/20 ou 1/10 favorise l'action de ces médicaments.

Nous citerons en outre l'*acide phénique* (6e à 3e) qui nous réussit très bien en ce moment pour un lupus de toute la figure ; le *kali bichromicum* (3e et 2e) dont la pathogénésie contient des symptômes très analogues à ceux du lupus et qui a donné trois guérisons au Dr Blake (R. Hughes) et *aurum muriaticum* (3e trit.) préconisé par Bahr (R. Hughes).

Les scarifications produisent de bons résultats dans les cas rebelles.

IMPETIGO RODENS

Nous décrirons ici une affection scrofuleuse assez fréquente et voisine du lupus.

Le début est marqué par l'apparition de petites pustules au visage, près du nez. Ces pustules se recouvrent assez vite de croûtes blanc-jaunâtres, ou sanguinolentes, qui recouvrent des ulcérations peu profondes et irrégulières; on n'observe ni douleurs, ni démangeaisons. Après un temps assez long la guérison se fait par une cicatrice violacée, qui pâlit peu à peu; quelquefois les croûtes persistent pendant toute la maladie et ne tombent que lorsque la cicatrisation existe déjà. Au lieu de se cicatriser, ces petites ulcérations peuvent prendre une marche envahissante et produire alors des cicatrices difformes.

Le TRAITEMENT nous paraît le même que celui du lupus.

ICHTHYOSE

L'ichthyose est une maladie congénitale ou qui apparaît dans les trois premiers mois de la vie. Dans quelques cas exceptionnels, elle ne se montre que plus tard. Les garçons y sont plus sujets que les filles.

Elle est caractérisée par l'éruption de squames épidermiques plus ou moins larges, dures et sèches, d'un blanc-grisâtre et légèrement imbriquées; cette desquamation s'étend à une grande partie du corps, mais elle respecte ordinairement le visage et est peu développée aux parties où la sueur est abondante (aisselles, parties génitales, paume des mains, etc.).

Cette maladie ne produit ni inflammation de la peau, ni prurit, ni douleurs et n'a aucun retentissement sur l'état de santé générale.

Lorsqu'elle est congénitale, elle est incurable; elle peut disparaître après une longue durée, lorsqu'elle se montre après la naissance (d'Espine et Picot).

TRAITEMENT.—Tous les médicaments employés jusqu'ici ont échoués dans le traitement de cette maladie et on se borne à un traitement palliatif : bains répétés, onctions avec un corps gras, qui dissipent momentanément la difformité.

Le *zea italica* (TM) ou teinture de maïs gâté, que nous employons avec grand succès contre le psoriasis depuis les expériences du professeur Lombroso, de Milan, pourrait être essayé dans cette affection à l'intérieur et à l'extérieur sous forme de glycérolé (2 pour 60).

CHAPITRE VII

MALADIES ET AFFECTIONS DES OREILLES

Nous décrirons très rapidement les affections de l'oreille qui offrent un intérêt pratique.

CORPS ÉTRANGERS DES OREILLES

Les enfants s'introduisent fréquemment de petits corps étrangers dans le conduit auditif : caillou, perle, haricot, bouton, noyau de fruit; des insectes peuvent aussi y pénétrer; on ne montre l'enfant au médecin souvent qu'après plusieurs jours et alors le corps étranger est profondément engagé et le conduit est boursouflé, ce qui fait qu'il est assez difficile à voir. Si le corps étranger est peu irritant et petit, il n'amène que quelques symptômes légers : bourdonnements et surdité peu marqués, prurit.

S'il présente des aspérités, ou si par gonflement il bouche le conduit auditif, il peut amener des accidents d'otite avec toutes les conséquences que nous verrons plus loin.

TRAITEMENT. — Le meilleur procédé est l'injection avec une grosse seringue ou un irrigateur; le liquide est poussé avec force de 3 à 4 centimètres de l'ouverture, va frapper le tympan et en revenant en arrière déplace et chasse au dehors le corps étranger. Pour que ce moyen réussisse, il faut que le conduit auditif ne soit pas complètement oblitéré (de Saint-Germain).

Si ce moyen ne réussit pas, on ira rechercher le corps étranger avec le petit instrument d'acier qui sert à faire le crochet, avec un fil de fer recourbé en anse ou une épingle à cheveu. Il faut faire attention à ne pas perdre de vue l'extrémité de l'instrument pour ne pas faire de dilacération. De Saint-Germain recommande de ne jamais se servir de pince à cause des désordres que l'on peut produire ; cependant, quand nous étions interne aux Enfants, nous avons pu très facilement enlever avec une pince à griffe un noyau de cerise qui était peu profond.

AFFECTIONS DE L'OREILLE EXTERNE

On a décrit une otite aiguë et une otorrhée de l'oreille externe, avec inflammation aiguë et chronique de la membrane du tympan. Nous croyons que ces maladies ne sont que des vues de l'esprit et que toutes les fois qu'il existe une otite ou une otorrhée véritable on se trouve en présence d'une affection de l'oreille moyenne. Nous ne pouvons pas donner le nom d'otite externe aux *furoncles* ou à l'*eczéma* qui se produisent dans le conduit auditif externe et qui ne sont qu'une simple localisation. Nous dirons cependant que le furoncle du conduit auditif s'accompagne de douleurs extrêmement vives, au point de pouvoir faire penser à une otite aiguë. Il réclame, du reste, un traitement analogue.

Les polypes qui viennent se montrer dans le conduit auditif externe sont aussi presque toujours la conséquence d'une otite de l'oreille moyenne où nous les retrouverons.

OTITE

Nous décrivons sous ce nom l'inflammation de l'oreille moyenne, de la caisse du tympan.

Otite aigue. — L'otite aiguë est une affection fréquente pendant l'enfance et elle se développe d'emblée ou dans le cours d'une otite chronique. L'oreille peut s'enflammer primitivement ou, ce qui est le cas le plus fréquent, succéder à une inflammation de la trompe, qui est elle-même la conséquence d'un coryza aigu ou chronique, ou de tumeurs adénoïdes.

Les enfants *scrofuleux* y sont plus prédisposés que les autres; et chez eux l'otite a une tendance à devenir chronique et à se transformer en otorrhée.

Différentes maladies aiguës, la *fièvre typhoïde*, la *diphthérie*, mais surtout les *fièvres éruptives* et principalement la *rougeole*, jouent le rôle de causes occasionnelles.

On a décrit aussi, sous le nom d'*otite des nouveau-nés*, une inflammation de l'oreille moyenne qui se développe dans les hôpitaux, au milieu de l'encombrement et chez les enfants cachectiques, et qui est assez mal connue (Terrier) (1).

Le début de l'otite est marqué par un mouvement fébrile assez intense avec insomnie, agitation et délire; la douleur de l'oreille existe le plus souvent dès le début, mais elle peut manquer quelquefois et alors les symptômes généraux, les vomissements peuvent

(1) Jamain et Terrier. Manuel de pathologie chirurgicale. 3e édit. 1881.

faire craindre un début de méningite, comme nous en avons vu un exemple dernièrement chez un enfant de 6 ans. Les douleurs sont vives et lancinantes, présentant des irradiations vers la mâchoire, les tempes et l'apophyse mastoïde; elles augmentent par les mouvements de déglutition et de mastication et par la toux ; elles sont beaucoup plus vives la nuit. On observe en même temps une surdité plus ou moins complète et des bourdonnements.

L'otite aiguë se termine par résolution, par le passage à l'état chronique ou par la suppuration.

Lorsqu'il doit y avoir résolution, la fièvre disparaît, puis les douleurs et le bourdonnement; l'ouïe revient subitement ou d'une façon graduelle.

Lorsque l'otite aiguë se transforme en otite chronique simple, la douleur diminue beaucoup, mais les bourdonnements et la surdité persistent.

La suppuration s'annonce par une exacerbation des phénomènes généraux et des symptômes locaux. On peut observer une douleur à la pression de l'apophyse mastoïde et autour du conduit auditif.

La suppuration se fait le plus souvent jour par le tympan qui se perfore et l'on voit se produire un écoulement de pus par le conduit auditif. Tous les symptômes fébriles et douloureux diminuent et disparaissent à la suite de cette ouverture. L'écoulement d'oreille cesse au bout de quelques jours, le tympan se répare et la maladie est terminée, ou bien, et c'est surtout chez les scrofuleux, que cela s'observe, l'otite aiguë suppurée devient le point de départ d'une otorrhée plus ou moins rebelle.

Dans un certain nombre de cas le tympan ne se perfore pas; alors le pus se fait jour par la trompe

ce qui peut amener la guérison, ou vient s'ouvrir à la peau ordinairement au niveau de l'apophyse mastoïde, quelquefois aux environs du conduit auditif et même à l'intérieur de celui-ci ; dans ce cas, l'otite s'est propagée au périoste et l'on observe des douleurs extrêmement violentes, une surdité et des bourdonnements très marqués. La fièvre présente un redoublement et s'accompagne de délire ; au niveau où le pus doit se faire jour, la peau, déjà gonflée, devient plus rouge, un *point devient saillant* et fluctuant ; lorsque le pus s'écoule soit naturellement, soit à la suite d'une incision, les symptômes s'amendent. La guérison a lieu par la cessation de la suppuration ; mais celle-ci peut être longue et s'accompagner de l'élimination de petits séquestres. L'ouïe est ordinairement compromise.

Si le pus ne se fait jour ni au travers du tympan, ni par la trompe, ni à la peau, on peut observer la propagation de l'inflammation aux méninges et au cerveau et la mort.

Otite chronique non suppurée. — L'otite peut être chronique d'emblée, ou bien elle succède à une otite aiguë.

L'otite chronique est caractérisée par une sorte de gêne dans l'oreille, par une surdité qui n'est jamais absolue, qui est plus forte par le froid et l'humidité, qui diminue par les mouvements de déglutition, les bâillements, la toux, l'éternuement, l'action de se moucher ; on peut observer aussi, mais d'une façon moins constante, des bourdonnements, dont l'intensité varie comme la surdité.

Lorsqu'on fait pénétrer de l'air dans la caisse, la surdité et les bourdonnements diminuent momentanément.

L'otite chronique a une marche lente; elle présente de temps à autre des poussées d'otite aiguë et elle peut amener une surdité durable.

Elle peut se mettre à suppurer, et l'otorrhée s'établit à la suite d'une poussée aiguë ou d'une façon progressive et silencieuse.

Otorrhée. — L'otorrhée est presque toujours consécutive à une otite aiguë ou à une otite chronique. Elle pourrait cependant se développer d'emblée chez les scrofuleux.

Le liquide qui s'écoule de l'oreille est constitué tantôt par du muco-pus, tantôt par du pus ; quelquefois le pus est sanguinolent, lorsqu'il existe des lésions osseuses ou des fongosités. L'abondance du liquide est très variable, il prend souvent une odeur fétide.

Il n'existe ordinairement pas de douleurs; cependant, de temps à autre, on peut observer quelques poussées inflammatoires ramenant momentanément des douleurs.

La surdité peut être complète ou peu marquée suivant que les osselets sont détruits ou conservés ; si l'inflammation se propage à l'oreille interne, la surdité est absolue. Dans ce cas le malade n'entend pas le bruit de la montre placée sur l'apophyse mastoïde (diphthérie, scarlatine).

L'otorrhée a toujours une durée assez longue; lorsqu'elle guérit, le tympan peut se cicatriser ou rester perforé, ce qui exposerait à des re-

chutes ; le retour de l'ouïe dépend moins de l'état du tympan que des lésions plus ou moins considérables des osselets et des fenêtres.

L'otorrhée peut devenir le point de départ d'un certain nombre de complications que nous allons passer rapidement en revue et qui peuvent survenir aussi après l'otite aiguë.

Complications des otites. — L'otorrhée s'accompagne quelquefois de fongosités qui envahissent le conduit auditif et forment des *polypes*; ceux-ci peuvent s'accroître au point de se montrer au méat et s'accompagnent parfois d'hémorrhagies.

La *paralysie faciale* peut être causée par l'inflammation du névrilème du nerf, quelquefois même par sa destruction; dans ce cas la paralysie est définitive.

Lorsque l'inflammation se communique à l'oreille interne, on peut observer ce syndrome clinique connu sous le nom de *maladie de Ménière :* étourdissements avec surdité, bourdonnements d'oreilles et vomissements.

La *carie du rocher* est souvent liée à l'otorrhée chez les scrofuleux; dans ce cas le pus contient des parcelles osseuses, des séquestres, et c'est surtout à cette altération de l'os, qu'on doit rattacher la paralysie faciale et même un certain nombre de polypes.

La *méningo-encéphalite* est l'accident le plus grave des otites; elle existe surtout lorsqu'il y a carie du rocher ; mais peut cependant compliquer l'otite sans altération osseuse; nous l'avons décrite plus haut et nous n'y reviendrons pas (voir p. 200).

TRAITEMENT. — Pour éviter les répétitions nous ne donnerons pas successivement le traitement de l'otite aiguë et de l'otite chronique, mais seulement le traitement des divers symptômes et des complications.

Contre les douleurs et les symptômes de l'otite aiguë, *pulsatilla* (3e) et *belladona* (3e) alternés sont les médicaments les plus employés ; ils correspondent tous les deux aux douleurs lancinantes et violentes,et aux irradiations de la douleur de l'otite, aux bourdonnements d'oreilles et à la surdité ; ils conviennent même lorsque l'otite s'accompagne d'écoulement de pus, et trouveront leur application dans les poussées aiguës, qui existent pendant l'otite chronique et dans le cours de l'otorrhée.

Aconit (1re déc. et TM) a été recommandé par Bayes lorsque les douleurs du début sont extrêmement violentes, et la fièvre vive (R. Hughes) ; il pourrait être administré avant les médicaments précédents.

Lorsque l'otite s'est propagée au périoste et qu'il existe un gonflement douloureux en arrière du pavillon de l'oreille ou au niveau de l'apophyse mastoïde, il ne faut pas hésiter à faire une incision en arrière du pavillon et si les symptômes généraux et les douleurs ne cèdent pas, à dénuder l'apophyse mastoïde et à la trépaner.

Lorsque l'otorrhée est établie, la *pulsatilla* devra bientôt être remplacée par un des médicaments de la suppuration : *hepar sulf.* (2e trit.) ou *silicea* (12e), ces deux médicaments seront donnés, quatre jours l'un, quatre jours l'autre, ou un seul à la fois, et ils réussiront souvent dans l'otorrhée simple qui aura résisté à la *pulsatille*. Dans la carie du rocher, ce

sont encore ces deux médicaments que l'on donne tout d'abord ; les médicaments employés dans le traitement de la scrofule pourront aussi être administrés ; nous ne pouvons que les énumérer ici : *conium* (3e à TM) ; *iodium* (3e à TM) et *calcarea carbonica* (12e) ; *argentum* (6e ou 3e trit.) ; *aurum* (6e à 3e trit.) seront doublement indiqués et par leur action dans la scrofule et par leur action sur les os.

Comme traitement externe, lorsqu'il y a suppuration, nous indiquons le suivant, qui guérira très promptement la suppuration de l'otite aiguë et qui guérira souvent l'otorrhée simple ; dans la carie du rocher son action sera moins complète. Voici en quoi consiste ce pansement : lavages de l'oreille avec de l'eau salée tiède, que l'on injectera avec une petite seringue, sécher avec une boulette d'ouate, ensuite on fait pencher la tête de l'enfant sur l'épaule, de façon à ce que l'oreille malade regarde en haut, et on fait couler dans l'oreille 10 à 12 gouttes d'alcool boriqué (4 gr. d'acide borique pour 10 gr. d'alcool) ; après avoir fait conserver l'alcool boriqué une dizaine de minutes, on fait pencher l'oreille en sens inverse et le liquide s'écoule ; on insuffle alors dans le conduit auditif de l'acide borique pulvérisé de façon à remplir ce conduit et on met une petite boulette d'ouate. On renouvelle le pansement dès que la suppuration l'a traversé et que la poudre d'acide borique est humide.

Lorsqu'il y a un polype dans le conduit auditif on devra procéder à son extirpation.

CHAPITRE VIII.

MALADIES ET AFFECTIONS DES YEUX

Comme pour les maladies des oreilles, nous nous bornerons ici à une courte description avec les indications de traitement.

DACRYOCYSTITE

C'est une inflammation chronique du canal lacrymal qui peut être consécutive au traumatisme, aux inflammations de voisinage (conjonctivite et coryza) ; le scrofule joue souvent le rôle de cause prédisposante.

Comme symptômes, on observe au début du larmoiement, d'abord intermittent, avec écoulement des larmes sur la joue, avec sécheresse concomitante de la narine correspondante ; si on presse de bas en haut sur le sac, on fait sourdre des larmes, mêlées à du mucus, ou même à du muco-pus.

Au bout d'un temps plus ou moins long apparaît la *tumeur lacrymale*, qui est constituée par une tuméfaction à volume variable qui peut ou non laisser sourdre son contenu par la pression ; cette tumeur détermine des accidents inflammatoires qui reviennent par poussée (*dacryocystite aiguë*) et qui peuvent disparaître, et alors les symptômes antérieurs persistent ; la dacryoscystite aiguë peut aussi se ter-

miner par la suppuration, qui se fait jour au dehors en produisant une fistule.

La guérison complète est toujours longue et difficile, mais cependant s'observe plus souvent chez les enfants que chez l'adulte.

TRAITEMENT. — Nous nous bornons à indiquer ici les médicaments qui ont été prescrits, le traitement chirurgical devant être complètement réservé aux oculistes.

Apis (3e à TM), ou *apium virus* (2e trit.) réussit souvent contre les poussées de dacryocystite aiguë ; contre la tumeur lacrymale on donnera *calcarea carbonica* (12e) ou *silicea* (12e), qui est recommandé par le Dr Dudgeon. On a aussi conseillé *sulfur* (12e) et *pulsatilla* (3e).

Hepar sulfuris (2e trit.) et *silicea* (12e) seront administrés contre la supuration chronique des voies lacrymales.

BLÉPHARITE

La blépharite est une inflammation chronique du bord des paupières, qui siège dans les glandes ciliaires et les glandes de Meibomius. Elle est fréquente chez les enfants ayant une mauvaise hygiène et surtout chez les scrofuleux ; les causes d'irritation des yeux, les conjonctivites, et les affections des voies lacrymales peuvent la produire; elle se développe quelquefois à la suite de la rougeole.

On observe d'abord la rougeur et la tuméfaction

du bord libre de la paupière, plus tard une sécrétion abondante formant de petites croûtes à la base des cils ; des démangeaisons et de la cuisson.

A un degré plus avancé, on constate de la rougeur de la conjonctive palpébrale, de petites ulcérations du bord libre des paupières et la chute des cils.

La durée de cette affection est longue, elle est assez souvent incurable.

TRAITEMENT. — *Euphrasia* (3e à TM) correspond surtout aux périodes aiguës, avec exulcérations et lorsqu'il y a en même temps de la conjonctivite. *Hepar sulfuris* (6e à 2e trit.), *pulsatilla* (6e à 3e trit.) et surtout *precipitatum rubrum* (6e à 3e trit.) ont été donnés en dehors des périodes d'inflammation aiguë. *Sepia* (6e à 3e trit.) et *calcarea carbonica* (12e à 30e) sont indiqués quand l'affection est très chronique et s'accompagne de la chute des cils.

Comme traitement local, on fait tomber les croûtes avec de petits cataplasmes, puis on applique sur le bord libre des paupières une pommade au *précipité rouge* (0,15 pour 10 gr. de vaseline).

ORGEOLET

C'est un petit furoncle siégeant au bord libre des paupières. La paupière supérieure est la plus fréquemment atteinte. On peut observer quelquefois un assez grand nombre d'orgeolets consécutifs.

TRAITEMENT. — *Hepar sulfuris* (3e trit.) et *silicea* (6e) sont les deux médicaments principaux, en

cas de récidive on pourrait recourir à *pulsatilla* (3e), *graphites* (6e) ou *sulfur* (12e).

KYSTES DES PAUPIÈRES

Les kystes des paupières sont quelquefois guéris par *calcarea carbonica*, (12e à 6e) ou *iodium* (6e à 3e trit.)

OPHTHALMIE CATARRHALE

L'ophthalmie catarrhale se développe souvent après un refroidissement ; elle est contagieuse et peut se présenter sous forme de petites épidémies.

L'inflammation occupe d'abord la conjonctive palpébrale, qui est rouge et villeuse, présente quelques filaments d'un mucus jaunâtre ; on observe en même temps l'agglutination des paupières le matin au réveil et des démangeaisons surtout dans l'angle interne de l'œil.

La conjonctive oculaire se prend ensuite ; elle devient rouge, les vaisseaux sont apparents et viennent jusqu'à un millimètre de la cornée, dont ils sont séparés par un cercle blanc ; on observe aussi des ecchymoses sous-conjonctivales, un écoulement muqueux abondant.

Tout se borne souvent là, et la guérison arrive par résolution.

Dans les cas intenses, on peut observer aussi l'augmentation de l'écoulement, le gonflement des paupières, du chémosis ; enfin quelquefois l'iris participe un peu à l'inflammation, il devient moins mobile et la pupille est un peu dilatée.

Cependant la résolution est la terminaison la plus fréquente, quelquefois la maladie passe à l'état chronique, surtout lorsqu'on l'observe chez les scrofuleux.

TRAITEMENT. — Le médicament principal est *euphrasia* (3e à TM), indiqué par la rougeur de la conjonctive: par la sécrétion abondante de larmes et de mucosités corrosives; par une douleur cuisante, avec sensation de grain de sable; on a souvent prescrit, en même temps, des lotions avec 2 à 3 gouttes de ce médicament. S'il y a en même temps un coryza liquide et des éternuements, ce médicament conviendra encore mieux.

Belladona (6e à 3e) est surtout indiqué lorsque l'inflammation est bornée à l'angle interne de l'œil.

Mercurius solubilis (3e trit.) convient aussi pour la rougeur de la conjonctive avec sécrétion catarrhale.

Lorsque l'inflammation est très violente, avec douleurs vives, rougeur et gonflement de la conjonctive, *ipeca* (1re trit. déc.) réussira ordinairement assez vite à amener du soulagement.

L'*aconit* (1re à TM) a été aussi recommandé au début de l'ophthalmie.

Les lotions d'acide borique à 1/100 soulagent promptement les malades.

OPHTHALMIE PURULENTE

L'ophthalmie purulente la plus fréquente chez les enfants et celle que nous décrirons surtout est celle des nouveau-nés; on peut observer aussi, mais

rarement, l'ophthalmie blennorrhagique et l'ophthalmie égyptienne.

L'ophthalmie purulente est très contagieuse; dans les crèches et les hôpitaux elle sévit souvent par épidémies. C'est le plus souvent pendant la première semaine après la naissance qu'elle se déclare, quelquefois seulement dans le cours de la troisième ou de la quatrième; on l'a attribuée au changement de milieu, à la contamination directe des yeux pendant l'accouchement par du pus blennorrhagique ou de la leucorrhée; ce sont des hypothèses non démontrées; les causes les plus acceptables sont l'impression du froid, puisque le plus grand nombre de cas s'observent pendant les quatre premiers mois de l'année et la contagion.

FORMES. — On peut en distinguer deux formes : la *forme commune* et la *forme maligne* ou *suraiguë*.

Forme commune. — Les symptômes du début sont des croûtes adhérentes aux cils, le gonflement et la rougeur de la paupière supérieure, surtout de son bord libre; lorsqu'on écarte les paupières, il s'écoule un liquide blanc visqueux mêlé à des larmes transparentes; on observe quelquefois à ce moment, dans le grand angle de l'œil, quelques gouttes d'un liquide *jaune citron* que M. de Saint-Germain considère comme pathognomoniques. La douleur est presque nulle; il n'y a pas de photophobie ni d'insomnie, mais il y a quelquefois un peu de fièvre et de la diarrhée.

Pendant la période d'état, on constate le gonflement des paupières, surtout de la paupière supé-

rieure, qui est luisante, d'une couleur rouge sombre et immobile ; les yeux sont constamment fermés, la paupière supérieure recouvre la paupière inférieure. Un liquide séreux blanchâtre et trouble coule constamment sur les joues, surtout dans le sillon oculo-nasal et produit des excoriations. Lorsqu'on écarte les paupières, ce qui est assez difficile, son abondance est telle qu'il peut être projeté au loin. La conjonctive est rouge et œdémateuse ; on aperçoit un réseau vasculaire très développé et très rouge, qui s'avance jusqu'à la cornée, qui est encore transparente.

La troisième période diffère suivant que l'ophthalmie va se terminer par la guérison et, dans ce cas, on voit les symptômes s'amender progressivement ; ou suivant que l'œil va se perdre : dans ce cas, le chémosis est devenu opaque ; l'écoulement est constitué par un pus jaune ou vert abondant ; la cornée se trouble, se ramollit et se perfore.

L'ophthalmie purulente dure de un à deux septénaires. Les deux yeux sont pris ordinairement l'un après l'autre.

Forme maligne ou suraigue. — Les symptômes sont les mêmes, seulement ils ont une marche suraiguë, la cornée est prise très rapidement, se perfore et quelquefois se sphacèle en masse, et la perte de l'œil se fait en quatre ou cinq jours.

TRAITEMENT. — On a recommandé, au point de vue prophylactique, de faire laver les yeux de tous les nouveau nés avec une solution d'acide borique à 1 0/0. Il faut au moins avoir soin de faire un la-

vage très minutieux aussitôt la naissance, avec de l'eau tiède.

Dès que les yeux d'un nouveau-né paraissent rouges, il faut les montrer le plus tôt possible à un médecin et, en attendant, reprendre des lotions d'eau boriquée.

Comme traitement, le plus efficace est le *nitrate d'argent* que l'on administrera intus et extra; à l'intérieur, on prescrira *argentum nitricum* (3e trit.) et on instillera dans les yeux deux ou trois gouttes d'un collyre contenant 0,03 de nitrate d'argent pour 10 d'eau; on fera, en outre, de très fréquents lavages avec un irrigateur contenant de l'eau simple ou de l'eau boriquée qui doit être poussée avec assez de force pour empêcher la stagnation du pus. On a conseillé aussi, si la maladie augmente, de remplacer le collyre par des cautérisations de la conjonctivite palpébrale avec le crayon de nitrate d'argent.

Dans un cas très grave, *corrosivus* (3e) et *belladona* (3e), alternés à intervalles rapprochés, et *corrosivus* (1e), 20 gouttes dans 200 grammes d'eau en injection dans l'œil toutes les deux heures, ont produit la guérison (P. Jousset). Le Dr Dekeersmaecker, de Mons, aurait adapté ce traitement dans tous les cas avec un succès très encourageant (R. Hughes).

OPHTHALMIE SCROFULEUSE

L'ophthalmie scrofuleuse est une affection fréquente dans l'enfance; elle se développe à la suite des fièvres éruptives et en particulier de la rou-

geole; elle peut être constituée simplement par les symptômes d'une ophthalmie catarrhale qui se résout lentement et a une grande tendance à la chronicité ou par l'apparition de pustules sur la conjonctivite ou la cornée; ces pustules sont ou non précédées d'une période d'ophthalmie catarrhale.

On observe sur la conjonctive une rougeur triangulaire formée par un réseau vasculaire superficiel très ténu, recouvrant un réseau vasculaire plus profond, d'une coloration rouge sombre.

Il apparaît ensuite sur cette rougeur un point saillant, gros comme une tête d'épingle, qui peut empiéter sur le bord de la cornée. Cette pustule est souvent unique, mais quelquefois on voit s'en développer d'autres à côté, qui peuvent évoluer successivement et prolonger d'autant cette affection.

Lorsque la cornée n'est pas envahie, le pronostic est peu grave, quoique l'affection ait une grande tendance à la chronicité.

Lorsque la cornée est intéressée, ce peut être par une pustule de la conjonctive qui empiète sur la cornée, ou par une pustule qui s'y développe primitivement. Dans tous les cas il existe une photophobie intense. La pustule peut produire une ulcération superficielle de la cornée qui guérit quelquefois par régénération de l'épithélium, ou qui s'accompagne d'une vascularisation superficielle suivie d'une taie plus ou moins étendue et plus ou moins épaisse. Dans quelques cas exceptionnels, on observe une perforation de la cornée, suivie de l'évacuation de la chambre antérieure.

Le plus souvent consécutive à l'inflammation de

la conjonctive, la kératite peut quelquefois la précéder; elle peut s'accompagner aussi de *blépharite* et de *dacryocystite* (voir p. 430 et 429.)

Comme complications de l'ophthalmie scrofuleuse nous pouvons citer encore le *pannus*, caractérisé par un développement vasculaire très serré à la face antérieure de la cornée, les abcès situés entre les lames de la cornée et l'*hypopion*, caractérisé par la présence du pus à la partie inférieure de la chambre antérieure.

Comme nous le disions plus haut, la caractéristique de l'ophthalmie scrofuleuse est une longue durée, la tendance à l'état chronique et les récidives fréquentes.

TRAITEMENT. — Lorsque l'ophthalmie scrofuleuse se borne à une simple inflammation de la conjonctive avec les signes de l'ophthalmie catarrhale rebelle, *euphrasia*, *belladona* et *mercurius* seront prescrits aux doses et suivant les indications données plus haut (voir p. 433.)

Lorsque l'inflammation est très intense avec rougeur de l'œil, photophobie excessive et douleur périorbitaire, le médicament le plus important est *ipeca* (1re trit. déc.).

Lorsque la photophobie est très marquée alors que l'inflammation paraît relativement faible, *arsenicum* (3e trit.) et *conium* (3e à TM) seront les médicaments indiqués.

Lorsque l'ophthalmie s'accompagne d'une pustule on aura recours à *ipéca* (1re trit. déc.) ou à *calomelas* (2e à 1re trit.)

Lorsqu'il y a KÉRATITE on emploiera *apis* (TM) ou

apium virus (2e trit.) qui est indiqué non seulement par la localisation sur la cornée, par les pustules qui s'y développent, mais aussi par le chémosis et l'œdème des paupière. Il sera souvent avantageux de l'alterner avec l'*ipéca*, lorsque l'ophthalmie scrofuleuse sera intense et atteindra en même temps la conjonctive et la cornée.

Arsenic (3e trit.) conviendra dans la kératite lorsqu'il y a menace d'ulcération de la cornée, ulcération qui se rencontre, du reste, dans ses symptômes pathogénétiques.

Hepar sulfuris (3e et 2e trit.) convient surtout lorsque la kératite s'accompagne d'abcès entre les lames de la cornée.

Lorsque l'inflammation aiguë est tombée, contre la persistance des symptômes chroniques, *aurum muriaticum* (6e à 3e trit.) a une action très favorable (P. Jousset) ; *nitri acidum* (12e et 6e) a aussi été recommandé dans les mêmes cas.

Comme traitement local nous recommandons les lavages fréquents avec l'eau boriquée et lorsqu'il y a kératite nous instillerons quelques gouttes matin et soir d'un collyre au sulfate d'atropine (0,05 pour 20).

Nous allons passer en revue le traitement des différentes affections qui se rencontrent dans le cours ou à la suite de l'ophthalmie scrofuleuse.

Le traitement de la BLÉPHARITE et de la DACRYOCYSTITE qui peuvent se rencontrer dans le cours de l'ophthalmie scrofuleuse a été fait plus haut (voir p. 431 et p. 430).

L'HYPOPION a été guéri par *solubilis* (6e) suivi de silicea (30e). (P. Jousset.)

Les Taies de la cornée peuvent être très améliorées chez les enfants. Comme traitement interne *corrosivus* (3e à 1e) est le médicament le plus recommandé ; on a aussi employé le *cannabis* (6e à 3e) avec succès. *Calcarea* (12e) et *causticum* (12e) sont aussi indiqués.

Comme traitement externe, on a obtenu de très bons résultats en faisant deux fois par jour une douche oculaire froide au moyen d'un vaporisateur.

CATARACTE

La cataracte peut être congénitale ou acquise; on a indiqué, comme cause prédisposantes, les cataractes et même simplement la myopie chez les ascendants (de Saint-Germain.)

Les causes de la cataracte acquise sont les mêmes que chez l'adulte et le traumatisme y joue un rôle important.

Nous ne pouvons qu'indiquer cette maladie dont le traitement dépend complètement de la chirurgie.

CANCER DE L'ŒIL

Le cancer de l'œil est la tumeur maligne la plus fréquemment observée dans l'enfance. Duzan a relaté 70 cancers de l'œil chez les enfants sur 184 observations de cancers (d'Espine et Picot).

Le cancer débute par les parties profondes de l'œil lui-même, choroïde ou rétine (de St-Germain).

Le premier symptôme est en général le strabisme qui a pour siège l'œil malade, le globe de l'œil est augmenté de volume; la pupille, très dilatée, se contracte mal, puis devient irrégulière et la vue s'affaiblit.

A une seconde période, la vue est complètement perdue, l'œil fait une saillie marquée et se déforme; au toucher il parait très tendu, dur et bosselé, il se vascularise et le cristallin devient opaque.

A la troisième période, la cornée se perfore, et l'œil se présente sous la forme d'un champignon sanguinolent et couvert de suppuration, qui fait hernie entre les paupières qui sont renversées. La tumeur envahit les os de l'orbite, le nez et même la bouche (de Saint-Germain).

L'ablation de l'œil est le seul traitement; malheureusement les récidives sont fréquentes.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

Abcès du cerveau 200 ; — périnéphrétique, 364 ; — rétro-pharyngien, 245 ; — vermineux, 180.
Accès pernicieux dans la fièvre typhoïde, 91.
Acéphalie, 184.
Acétonurie, 24.
Acnée scrofuleuse, 16.
Adénites scrofuleuses, 17.
Adénoïdes (tumeurs), 243.
Adénopathie bronchique, 248.
Albuminurie, 26 ; d. le diabète, 24 ; d. la diphthérie, 112 ; d. la fièvre typhoïde, 91 ; d. le purpura, 40 ; d. la rougeole, 48 ; d. la scarlatine, 58 ; d. la variole, 70.
Alimentation des enfants, 5.
Allaitement, 5.
Amyélie, 211.
Amygdales (hypert. des), 240.
Amygdalite, 238.
Amyloïde (dégénérescence) des reins, 26.
Anasarque d. la coqueluche, 146 ; d. la néph. parenchymateuse, 27 ; d. la scarlatine, 59.
Anencéphalie, 184.
Angines, 236 ; a. diphthéritique, 105 ; a. érythémateuse, 237 ; a. gangréneuse, 239 ; a. phlegmoneuse, 238 ; a. pultacée, 237.
Anus (fissure à l'), 266 ; — (imperforation de l'), 255.
Aphasie dans la fièvre typhoïde, 92.
Aphthes, 226.
Arthrites scarlatineuses, 57.
Ascarides lombricoïdes, 179.
Ascite dans la néph. parenchymateuse, 28.
Asthme, 349.
Auscultation chez les enfants, 4.

B

Bec de lièvre, 223.
Blépharite, 430 ; d. la scrofule, 17 ; d. la variole, 70.
Bouche (gangrène de la), 232 ; d. la fièvre typhoïde, 92 ; d. la rougeole, 48 ; d. la scarlatine, 56 ; —

(vices de conformation de la), 223.
Bright (maladie de), 27.
Bronches (dilatation chronique des), 319.
Bronchite, 314; b. capillaire, 315; b. diphthéritique, 112; b. pseudo-membraneuse, 319.
Broncho-pneumonie, 316; d. la coqueluche, 146; d. la fièvre typhoïde, 92; d. la rougeole, 45.

C

Cancer du cerveau, 209; — de l'œil, 440; — du rein, 365; — du testicule, 374.
Carie, 386; — du rocher, 425.
Carreau, 286.
Cataracte, 24, 440.
Catarrhe pulmonaire, 314; — suffocant, 315.
Céphalématome, 185.
Cérébrale (hémorrhagie), 204.
Cérébro-spinale (méningite), 197.
Cerveau (abcès du), 200; — (cancer du), 209; — (kystes hydatiques du), 209; — (tubercules du), 209; — (tumeurs du), 209.
Choléra infantile, 259.
Chorée, 161.
Chute du cordon, 172; — du rectum, 278.
Cœur (affections valvulaires du), 358; — (vices de conformation du), 351.
Constipation, 266.
Contracture essentielle des extrémités, 166.
Convulsions, 152; d. la coqueluche, 145; d. l'hydrocéphalie, 207; d. le rachitisme, 35; de la scarlatine, 57, 59; d. les tumeurs cérébrales, 210.
Coqueluche, 142.
Cordon (chute du), 172.
Corps étrangers des fosses nasales, 300; — de l'œsophage. 249; — des oreilles, 419; — des voies aériennes, 310.
Coryza, 294; c. diphthéritique, 109; c. scrofuleux, 16.
Coxalgie, 393.
Crétinisme, 42.
Cri des nouveau-nés, 3.
Croup, 106.
Croup (faux), 304.
Cyanose, 351.

D

Dacryocystite, 429.
Danse de Saint-Guy, 161.
Dentition, 173.
Diabète, 23.
Diarrhée, 256; d. la rougeole, 48.
Dilatation chronique des bronches, 319.
Diphthérie, 104; d. la fièvre typhoïde, 91; d. la rougeole, 47; d. la scarlatine, 55, 56.
Doses médicamenteuses chez les enfants. 8.
Dyssenterie, 138.
Dyspepsie, 252.

E

Eclampsie, 152.
Ecrouelles, 17.

Ecthyma, 414.
Eczéma, 408.
Emphysème sous-cutané, d. la coqueluche, 145 ; d. le croup,
Encéphale (tumeurs de l'), 209; — (vices de conformation de l') 184.
Encéphalite, 200.
Encéphalocèle, 184.
Endocardite, 354; d. le rhumatisme, 14 ; d. la scarlatine, 58; d. la variole, 70.
Entérite (voir diarrhée) — tuberculeuse, 266; — ulcéreuse d. la variole, 70.
Ephémère (fièvre), 81.
Epilepsie, 150.
Epispadias, 362.
Epistaxis, 297; d. la fièvre typhoïde, 91; chez les hémorrhoïdaires, 15; d. le purpura, 39; d. la rougeole, 48.
Erysipèle, 101.
Erythème, 404 ; — avec la diarrhée, 257, 258.
Erythème noueux, 79.
Examen des enfants, 1.

F

Faux croup, 304.
Fièvre éphémère, 81; — intermittente, 96; — ortiée, 77; — synoque, 82; — typhoïde, 84.
Fissure à l'anus, 266.
Foie (kystes hydatiques), 291.

G

Gale, 175.
Gangrène de la bouche, 232; — du poumon, 329; — de la vulve, 376.
Gingivite, 226.
Glossite, 226.
Glotte (œdème de la), 307; — (spasme de la), 308.
Goitre, 42.
Gorge (examen de la), 4.
Goutte, 12.
Gravelle, 367.
Grenouillette, 236.

H

Hématémèse d. le purpura, 40.
Hématurie d. le cancer du rein, 366; d. la lithiase, 367; d. le purpura, 40.
Hémoptysies d. le purpura, 40.
Hémorrhagie cérébrale, 204; — intestinale d. la fièvre typhoïde, 91; — méningée, 202.
Hémorrhoïdes, 15.
Herpès circiné, 177.
Hydatides du foie, 291.
Hydrocèle, 373.
Hydrocéphalie, 204.
Hydronéphrose, 366.
Hydropéricarde d. la néph. parenchymateuse, 28.
Hydrothorax, d. la néph. parenchymateuse, 28.
Hygiène de l'enfance, 5.
Hypertrophie des amygdales, 240.
Hypospadias, 361.

I

Ichthyose, 418.
tère, 288.

Impétigo, 408; — rodens, 17, 417.
Incontinence nocturne d'urine, 369.
Indigestion, 250.
Intermittentes (fièvres), 96.
Intertrigo, 404.
Intestin (vices de conformation de l') 255.
Invagination, 268.

K

Kératite, 437.
Kystes des paupières, 432.
Kystes hydatiques du foie, 291.

L

Laryngite, 301; — grave, 302; — nécrosique d. la fièvre typhoïde, 91.; d. la variole, 70; — striduleuse, 304.
Lavements chez les enfants, 9.
Leucorrhée, 374; d. le diabète, 24; d. la scrofule, 17.
Lichen scrofuleux, 16.
Lithiase urinaire, 367.
Lombricoïdes (ascarides), 179.
Lupus, 17, 416.

M

Maladie de Bright, 27; — de Werlhof, 38.
Mal de Pott, 388.
Mélæna des nouveau-nés, 275; d. le purpura, 40.
Méningée (hémorrhagie), 202.
Méningite aiguë, 186; d. la fièvre typhoïde, 88, 91; d. la scarlatine, 57; — cérébro-spinale, 197; — tuberculeuse, 191.
Mort apparente des nouveau-nés, 171.
Muguet, 229.
Myopathies essentielles, 217.

N

Nécrose, 380.
Néphrite interstitielle, 26; — parenchymateuse, 26.
Noma, 232.

O

Occlusion intestinale, 268; — vermineuse, 180.
Œdème de la glotte, 307; d. la fièvre typhoïde, 91; d. la néph. parenchymateuse, 28; d. la scarlatine, 59.
Œil (cancer de l'), 440.
Ombilic (hémorrhagie de l'), 172; — (phlegmon de l'), 172.
Ophthalmie catarrhale, 432; — purulente, 433; — scrofuleuse, 17, 436; — d. la diphthérie, 110; d. la rougeole, 48; d. la variole, 70.
Oreillons, 140.
Orgeolet, 431.
Ortiée (fièvre), 77.
Ostéite, 379; — phlegmoneuse, 381.
Otite aiguë, 421; — chronique, 423; — d. la fièvre typhoïde, 92; d. la

rougeole, 48; d. la scarlatine, 59; d. la scrofule, 17; d. la variole, 70.
Otorrhée, 424.
Oxyures vermiculaires, 181.
Ozène, 16.

P

Pachyméningite, 202.
Paralysie diphthéritique, 113; — infantile, 213; — pseudo-hypertrophique, 220.
Parotidite de la fièvre typhoïde, 92.
Peau (coloration de la) chez le nouveau-né, 2.
Pelade, 178.
Pemphygus, 412.
Percussion chez les enfants, 4.
Perforation intestinale d. la fièvre typhoïde, 92.
Péricardite, 354; d. le rhumatisme, 14; d. la scarlatine, 58; d. la variole, 70.
Périnéphrite, 364.
Péritonite, 279; — tuberculeuse, 283.
Pérityphlite, 273.
Phimosis, 362.
Phthisie, 341.
Physionomie des nouveau-nés, 2.
Pleurésie, 330; — purulente, 332; — d. le rhumatisme, 14; d. la scarlatine, 58.
Pneumonie, 323; d. la diphthérie, 113; d. la fièvre typhoïde, 90.
Polypes des fosses nasales, 300. — de l'oreille, 425. — de la trachée, 135.
Pouls des enfants, 3.
Prurigo, 415.
Purpura hemorrhagica, 38. — simplex, 39.

R

Rachitisme, 31.
Rectum (chute du) 278.
Reins (calculs des) 367. — (cancer du) 365; — (dégénérescence kystique des), 366.
Respiration chez les enfants, 3.
Rétro-pharyngiens (abcès) 245.
Revaccination, 75.
Rhumatisme, 13.
Roséole, 51.
Rougeole, 43.
Rubéole, 57.
Rupia, 414.

Salaam (tic de) 15,
Scarlatine, 52,
Sclérème, 402.
Scrofule, 16.
Sevrage des enfants, 6.
Spasme de la glotte, 308; d. la coqueluche, 145; chez les rachitiques, 35; — de la vessie, 371.
Spina bifida, 212.
Stomatites, 225; s. aphtheuse, 226; s. diphthéritique, 110; s. érythémateuse, 226; s. ulcéro-membraneuse, 227.
Striduleuse (Laryngite), 304.
Strophulus, 406.

Synoque (fièvre), 82.
Syphilis vaccinale, 75.

T

Tænia, 181.
Teignes 175; t. faveuse, 175; t. pelade, 178; t. tonsurante, 177.
Terreurs nocturnes, 169.
Testicule (cancer du) 374; — (migration imparfaite du), 363.
Tétanie, 166.
Tétanos des nouveau-nés, 159.
Thérapeutique de l'enfance, 8.
Tic de Salaam, 150.
Torticolis, 400; — intermittent, 168.
Trachée (polypes de la) 135; — (ulcérations de la), 137.
Trachéotomie, 123.
Tumeurs adénoïdes, 243.
Tumeurs blanches, 391.
Tumeurs cérébrales.
Tumeurs vermineuses, 180.
Typhlite, 273.
Typhoïde (fièvre), 84.

U

Ulcérations de la trachée, 137.
Ulcéro-membraneuse (stomatite), 227.
Urémie, 29.
Urticaire, 407.

V

Vaccination, 74.
Vaccine, 73.
Varicelle, 76.
Variole, 64.
Varioloïde, 69.
Vers, 179.
Vessie (spasme de la), 371.
Vices de conformation de l'appareil génito-urinaire, 361; — de la bouche, 223; — du cœur, 351; — de l'encéphale, 184; — de l'intestin, 255; — de la moelle, 211.
Vulve (diphthérie de la), 100; — (gangrène de la), 376; d. la fièvre typhoïde, 92; d. la rougeole, 48; d. la scarlatine, 56.

W

Werlhof (maladie de), 38.

Z

Zona, 407.

Paris. — A. PARENT, impr. de la Fac. de Médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris

NOUVEAUTÉS SCIENTIFIQUES PARUES EN 1887

BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE CONTEMPORAINE

A 3 FR. 50 LE VOLUME

Nouvelle collection de volumes in-16, comprenant 300 à 400 pages, imprimés en caractères elzéviriens et illustrés de figures intercalées dans le texte.

25 *volumes sont en vente.*

La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par MM. BOURRU et BUROT, professeurs à l'École de Rochefort. 1 vol. in-16, avec 10 photogravures..... 3 fr. 50

Variations de la personnalité, par MM. BOURRU et BUROT. 1 vol. in-16, avec 15 photogravures..... 3 fr. 50

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique, par Alexandre HERZEN, professeur à l'Académie de Lausanne. 1 vol. in-16..... 3 fr. 50

Nervosisme et névroses. Hygiène des énervés et des névropathes, par le Dr A. CULLERRE. 1 vol. in-16..... 3 fr. 50

Les nouvelles institutions de bienfaisance (Les dispensaires pour enfants malades. L'hospice rural), par A. FOVILLE, inspecteur général des établissements de bienfaisance. 1 vol. in-16, avec plans..... 3 fr. 50

Les ancêtres de nos animaux, dans les temps géologiques, par Albert GAUDRY, professeur au Muséum, membre de l'Institut. 1 vol. in-16, avec 49 figures..... 3 fr. 50

Les Pygmées. Les Pygmées des anciens d'après la Science moderne, les Negritos, les Negrilles, les Hottentots et les Boschimans, par A. DE QUATREFAGES, professeur au Muséum, membre de l'Institut. 1 vol. in-16, avec 31 figures..... 3 fr. 50

L'homme avant l'histoire, par Ch. DEBIERRE, professeur agrégé à la Faculté de Lille. 1 vol. in-16, avec 84 figures..... 3 fr. 50

Sous les mers. Campagnes d'explorations sous-marines, par le marquis de FOLIN, membre de la Commission des Dragages. 1 vol. in-16, avec 45 figures..... 3 fr. 50

Le lait. Etudes chimiques et microbiologiques, par DUCLAUX, professeur à la Faculté des sciences de Paris. 1 vol. in-16, avec figures..... 3 fr. 50

La science expérimentale, par Claude BERNARD, membre de l'Institut. *Nouvelle édition*. 1 vol. in-16, avec figures..... 3 fr. 50

La prévision du temps et les prédictions météorologiques, par G. DALLET. 1 vol. in-16, avec 40 figures..... 3 fr. 50

La galvanoplastie, le nickelage, l'argenture, la dorure et l'électro-métallurgie, par E. BOUANT, agrégé des sciences. 1 vol. in-16, avec 34 figures..... 3 fr. 50

La navigation aérienne et les ballons dirigeables, par H. de GRAFFIGNY. 1 vol. in-16, avec 43 figures..... 3 fr. 50

Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie au point de vue de l'hygiène, par A. GAUTIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16..... 3 fr. 50

Le monde des rêves. Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, etc., par P. Max Simon, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Lyon. *Deuxième édition*. 1 vol. in-16..... 3 fr. 50

Hypnotisme double, conscience et altérations de la personnalité, par le Dr Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-16, avec figures..... 3 fr. 50

Le somnambulisme provoqué. Études physiologiques et psychologiques, par H. Beaunis, professeur à la Faculté de Nancy. *Deuxième édition*. 1 vol. in-16, avec figures..... 3 fr. 50

Magnétisme et hypnotisme. Exposé des phénomènes observés pendant le sommeil nerveux provoqué, par le Dr A. Cullerre. *Deuxième édition*. 1 vol. in-16, avec 28 figures..... 3 fr. 50

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

TRAITÉ D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par **E. RINDFLEISCH**, professeur à l'Université de Wurzbourg

TRADUIT SUR LA SIXIÈME ÉDITION ET ANNOTÉ

par F. GROSS et J. SCHMITT, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

1 vol. gr. in-8, avec 359 figures..... 15 fr.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE DES ANIMAUX

CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS

Avec les sciences naturelles, la médecinie, la zootechnie et l'économie rurale

Par G. COLIN

Professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

Troisième édition. 2 vol. in-8, avec 250 fig..... 28 fr.

COURS DE PHYSIOLOGIE

Par Mathias DUVAL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

6e *édition* du *Cours de Physiologie* de Kuss et Duval

1 vol. in-18 jésus, VIII-712 pages avec 206 fig., cart..... 8 fr.

L'Encéphale. Description iconographique du cerveau, du cervelet et du bulbe, par E. Gavoy, médecin principal de l'armée. 1 vol. in-4 de 200 pages de texte, avec figures et 1 atlas de 59 planches in-4, en photoglyptie. Cartonnés..... 100 fr.

La physionomie chez l'homme et chez les animaux, dans ses rapports avec l'expression des émotions et des sentiments, par le major S. Schack. 1 vol. in-8, avec 151 figures..... 7 fr.

26 C.179
Les maladies de l'enfance; desc1888
Countway Library BFC7491
3 2044 046 202 768

26 C.179
Les maladies de l'enfance; desc1888
Countway Library BFC7491
3 2044 046 202 768